



Trabalho, Poder e Subjetivação: Interseccionalidade, Saúde e Clínicas do Trabalho em Perspectiva Crítica

Work, Power and Subjectivation: Intersectionality, Workers' Health and Work Clinics from a Critical Perspective

Marcelo Moreira Cezar

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), <http://lattes.cnpq.br/1252893453101169>

Resumo: Este texto analisa o trabalho como relação social, campo de produção de subjetividades e espaço de disputa política, articulando gênero, sexualidade, deficiência, saúde e Clínicas do Trabalho. Parte-se de uma perspectiva crítica e interseccional para demonstrar que a organização laboral não é neutra, pois distribui reconhecimento, proteção e oportunidades segundo relações de classe, raça, gênero, sexualidade, deficiência e território. A discussão sobre divisão sexual e racial do trabalho evidencia a centralidade da reprodução social e da cisheteronormatividade na constituição de hierarquias laborais. No campo da deficiência, o capacitismo é compreendido como tecnologia de normalização que transforma padrões corporais e funcionais em critérios de valor, enquanto a inclusão substantiva exige acessibilidade, adaptações razoáveis, proteção social e participação. A saúde da trabalhadora e do trabalhador é situada no marco da Reforma Sanitária brasileira, do SUS, da vigilância e das políticas de proteção, destacando-se os desafios produzidos pela precarização, terceirização, uberização e gestão algorítmica. Por fim, as Clínicas do Trabalho são apresentadas historicamente a partir da Psicopatologia do Trabalho e de seus desdobramentos na Psicodinâmica do Trabalho, Clínica da Atividade, Ergologia e Psicossociologia do Trabalho. Em diálogo com Foucault, o texto sustenta que sofrimento, normalização e subjetivação devem ser analisados como efeitos de relações de poder e de modos contemporâneos de governo. Defende-se que a Psicologia Social do Trabalho deve desindividualizar o sofrimento, fortalecer coletivos, ampliar o poder de agir e intervir sobre as condições materiais, institucionais e políticas que organizam o trabalho contemporâneo. Essa orientação recoloca democracia, direitos e emancipação no trabalho.

Palavras-chave: psicologia social do trabalho; interseccionalidade; saúde do trabalhador.

Abstract: This text analyses work as a social relation, a field for the production of subjectivities, and a space of political dispute, articulating gender, sexuality, disability, health, and Work Clinics. It adopts a critical and intersectional perspective to demonstrate that labour organisation is not neutral, since it distributes recognition, protection, and opportunities according to relations of class, race, gender, sexuality, disability, and territory. The discussion of the sexual and racial division of labour highlights the centrality of social reproduction and cisheteronormativity in the constitution of workplace hierarchies. In the field of disability, ableism is understood as a technology of normalisation that transforms bodily and functional standards into criteria of value, while substantive inclusion requires accessibility, reasonable accommodations, social protection, and participation. Workers' health is situated within the framework of Brazilian Health Reform, the Unified Health System, surveillance, and protection policies, with emphasis on challenges generated by precarity, outsourcing, uberisation, and algorithmic management. Finally, Work Clinics are historically presented from the emergence of Work Psychopathology and its developments in Psychodynamics of Work, Activity Clinic, Ergology, and Work Psychosociology. In dialogue with Foucault, the text argues that

suffering, normalisation, and subjectivation must be analysed as effects of power relations and contemporary modes of government. It argues that Social Psychology of Work should deindividualise suffering, strengthen collectives, expand workers' power to act, and intervene in the material, institutional, and political conditions that organise contemporary work. This orientation restores democracy, rights, and emancipation to work. It connects critical analysis with collective transformation and social justice.

Keywords: social psychology of work; intersectionality; workers' health.

INTRODUÇÃO

Trabalho, gênero e sexualidade desde uma perspectiva interseccional

Trabalho, gênero e sexualidade não são domínios independentes que se cruzam. Constituem relações de poder que produzem as atividades reconhecidas e os valores atribuídos às vidas trabalhadoras. Essa formulação desloca a comparação entre homens e mulheres ou entre pessoas heterossexuais e LGBTQIAPN+ para uma questão psicossocial: como a organização fabrica sujeitos generificados e sexualizados, naturaliza hierarquias e converte diferenças em critérios de exploração? Defende-se que a ordem capitalista depende da divisão sexual e racial do trabalho reprodutivo, da cisheteronormatividade e de tecnologias neoliberais que individualizam riscos. A perspectiva interseccional transforma o próprio conceito de trabalho ao articular produção, reprodução social, subjetivação e resistência (Kergoat, 2010; Hirata, 2014; Foucault, 2014).

Divisão sexual do trabalho e reprodução social

A divisão sexual do trabalho é uma relação social, não uma distribuição espontânea de aptidões. Kergoat identifica os princípios da separação, que distinguem trabalhos masculinos e femininos, e da hierarquia, que valoriza o trabalho dos homens. A feminização de ocupações acompanha desvalorização salarial, precarização e apropriação de capacidades como cuidado, escuta e disponibilidade emocional. A crítica feminista mostra que o assalariado depende de alimentação, limpeza, cuidado e recomposição afetiva. No lar, essas atividades são invisibilizadas, mercantilizadas e permanecem mal remuneradas. O capital depende das capacidades de reprodução social que simultaneamente são corroídas por jornadas extensas, privatização e insegurança, produzindo a contradição entre acumulação e cuidado (Kergoat, 2010; Federici, 2017; Fraser, 2016).

No Brasil, essa arquitetura é inseparável da colonialidade e da escravidão. A categoria abstrata mulher encobre a distribuição racializada do cuidado: a modernização reatualizou lugares coloniais no trabalho doméstico e nos serviços desvalorizados, enquanto a feminilidade respeitável permaneceu branca e burguesa. É preciso perguntar quais mulheres compram tempo mediante o trabalho precarizado de outras e quem permanece na informalidade. A interseccionalidade demonstra

que racismo e sexismo não funcionam como eixos mutuamente exclusivos. A discriminação contra uma mulher negra, lésbica ou trans não resulta da soma de preconceitos, mas de uma posição específica produzida conjuntamente por gênero, raça, classe e sexualidade nas instituições e no mercado laboral (Gonzalez, 2020; Crenshaw, 1989; Hirata, 2014).

A aproximação entre interseccionalidade e consubstancialidade aprofunda essa leitura. Kergoat compreende classe, gênero e raça como relações coextensivas que se organizam. Enquanto identidade remete a nomeações e pertencimentos, a relação evidencia antagonismos. Uma política pode reconhecer identidades e continuar liberal quando limita a justiça à inclusão em estruturas intactas. A consubstancialidade pergunta como a acumulação utiliza classificações para segmentar trabalhadores, diferenciar salários e enfraquecer solidariedades; a interseccionalidade torna visíveis posições apagadas por modelos universais. Ambas recusam o economicismo que subordina diferenças à classe e o culturalismo que separa reconhecimento simbólico de exploração material. A análise passa do atributo individual às relações e dispositivos que lhe conferem significado (Kergoat, 2010; Hirata, 2014; Crenshaw, 1989).

No âmbito do trabalho, o dispositivo da saúde atravessa formulários, vestimentas, benefícios, avaliações e expectativas de disponibilidade. A norma hierarquiza e corrige, produzindo como ideal o trabalhador masculino, cisgênero, heterossexual, branco e liberado do cuidado por trabalho alheio. Quem diverge realiza um trabalho adicional de vigilância: regula voz, gestos e aparência, oculta vínculos afetivos, calcula riscos e comprova sua competência. O sofrimento não deriva da identidade, mas do regime que torna existências problemáticas (Foucault, 2014; Butler, 2003).

Butler (2003) concebe gênero como performatividade: a reiteração regulada de atos e discursos que produz o efeito de um sexo estável. A matriz heterossexual exige continuidade entre sexo atribuído, identidade, expressão e desejo. No trabalho, associa liderança à masculinidade, cuidado à feminilidade, conjugalidade à heterossexualidade e reconhecimento documental à cisgeneridade. Sanções aparecem como julgamentos de postura, perfil, adequação cultural ou confiabilidade, convertendo normas sociais em critérios técnicos. A masculinidade hegemônica diferencia homens, pois disponibilidade, competitividade, controle emocional e risco são reconhecidos como competências. Homofobia e transfobia punem pessoas LGBTQIAPN+ e disciplinam quem não performa a virilidade. Gênero organiza a subordinação das mulheres e hierarquias entre masculinidades, articulado à raça e à classe (Butler, 2003; Connell, 2005).

Neoliberalismo diversidade e gestão algorítmica

Na governamentalidade neoliberal, a forma empresa generaliza-se e o indivíduo deve gerir-se como capital humano. Barreiras estruturais são traduzidas como falta de qualificação, flexibilidade ou marca pessoal; conciliar trabalho e cuidado torna-se competência feminina. Políticas empresariais de diversidade podem garantir direitos, mas, subordinadas à vantagem competitiva, selecionam

diferenças rentáveis e preservam terceirização, desigualdade salarial, assédio e concentração decisória. A diversidade converte-se em reputação, enquanto a exploração desaparece sob métricas de pertencimento. Uma Psicologia Social crítica deve distinguir reconhecimento de assimilação: incluir requer transformar seleção, avaliação, carreiras, jornadas, salários, benefícios e decisão, em vez de responsabilizar indivíduos pelas normas que os subordinam (Foucault, 2008; Hirata, 2014).

A flexibilização e a uberização radicalizam contradições ao produzirem o trabalhador just in time, disponível, remunerado apenas quando demandado e responsável pelos riscos. As plataformas definem preços, distribuem tarefas, coletam dados, ranqueiam e bloqueiam trabalhadores. Esse comando algorítmico atinge posições desiguais: o trabalho sob demanda colide com tempos de cuidado; avaliações reproduzem racismo, sexismo, lesbofobia e transfobia; sistemas binários excluem identidades trans; horários e territórios envolvem riscos. Mulheres e pessoas LGBTQIAPN+ recorrem às plataformas pela exclusão do emprego formal, mas encontram inclusão subordinada e desproteção. O algoritmo operacionaliza hierarquias históricas em escala, exigindo transparência, auditabilidade, contestação e participação dos trabalhadores na definição das regras (Abílio, 2020; Antunes, 2018).

Pensar trabalho, gênero e sexualidade interseccionalmente exige abandonar a imagem de um trabalho originalmente neutro. A divisão sexual e racial define quem produz e quem cuida; a cisheteronormatividade converte adequação de gênero em requisito ocupacional; o neoliberalismo individualiza riscos e apresenta controle como liberdade. Para a Psicologia Social do Trabalho, isso impõe produzir conhecimento, combinar indicadores com trajetórias, intervir sobre salários, jornadas, seleção, assédio e reconhecimento de identidades, além de fortalecer sindicatos e coletivos feministas, antirracistas e LGBTQIAPN+. Emancipação não se reduz à presença em postos de comando nem à expressão identitária em relações precárias. Requer redistribuir riqueza e tempo, socializar o cuidado, garantir proteção social e democratizar tecnologias, transformando experiências em resistência coletiva (Gonzalez, 2020; Foucault, 2014; Hirata, 2014; Abílio, 2020).

Trabalho, Deficiência e Políticas de Inclusão desde uma Perspectiva Interseccional

A inclusão de pessoas com deficiência no trabalho disputa quem é reconhecido como trabalhador e quais capacidades recebem valor. Ritmos e disponibilidades socialmente construídos apresentam-se como exigências naturais, convertendo diferenças em desvantagens. Entretanto, o trabalho também produz renda, pertencimento e ação coletiva, impedindo sua redução à exclusão (Diniz, 2007; Foucault, 1975).

Sustenta-se que a inclusão substantiva exige transformar padrões de capacidade, distribuição interseccional das oportunidades e condições institucionais dos direitos. Contratar não basta quando permanecem segregação e desigualdade

decisória. Capacitismo, interseccionalidade e cidadania laboral articulam uma crítica que reconhece conquistas jurídicas e examina suas condições de efetivação (Mello, 2016; Crenshaw, 1989).

Capacitismo e produção do trabalhador normal

O modelo social desloca a deficiência da tragédia individual para a justiça: impedimentos corporais não explicam isoladamente restrições participativas. A LBI, Lei nº 13.146/2015, compreende impedimentos em interação com barreiras e prevê avaliação biopsicossocial quando necessária. Esses referenciais convergem contra o reducionismo clínico, sem equivalência conceitual (Diniz, 2007; Brasil, 2015).

Esse deslocamento preserva a materialidade corporal: dor, fadiga e necessidades de apoio não desaparecem com acessibilidade arquitetônica. O desajuste entre corpo e ambiente permite compreender capacidades situadas. Assim, avaliar uma atividade exige distinguir sua finalidade dos meios convencionais de execução: produzir conhecimento não pressupõe digitação sem tecnologia assistiva (Garland-Thomson, 2011).

O capacitismo converte determinados funcionamentos em medida do valor humano. Vigilância, exame e sanção normalizadora tornam trabalhadores comparáveis, enquanto seleções também produzem critérios de competência. Articulada à disciplina, a biopolítica administra populações e distribui oportunidades. Classificações podem assegurar direitos, mas tornam-se individualizantes quando silenciam sujeitos e ignoram barreiras. A análise deve alcançar instrumentos psicológicos, interrogando sua acessibilidade e a validade dos parâmetros que transformam diferenças de execução em supostas insuficiências pessoais dos candidatos (Mello, 2016; Foucault, 1975, 1976).

Interseccionalidade e reprodução social

A interseccionalidade investiga mecanismos institucionais que produzem posições irreduzíveis à soma de identidades. Categorias isoladas podem invisibilizar discriminações específicas. Em diálogo com a genealogia foucaultiana, permite perguntar como a norma de capacidade opera em relações racializadas, generificadas e classistas, sem deduzir experiências brasileiras de contextos europeus (Crenshaw, 1989; Foucault, 1975).

Uma trabalhadora negra com deficiência auditiva, residente na periferia e responsável por cuidados, pode enfrentar barreiras comunicacionais, racismo e exigências de disponibilidade irrestrita. Acessibilizar a entrevista enfrenta uma dimensão, mas não neutraliza todas. Importa investigar como decisões aparentemente independentes convergem sobre trajetórias concretas, sem homogeneizar experiências (Crenshaw, 1989).

Escolarização, transporte e tecnologias assistivas são desigualmente distribuídos; o próprio trabalho pode produzir impedimentos. Ademais, autonomia não significa autossuficiência: pessoas com deficiência recebem e prestam cuidados. A Política Nacional de Cuidados, Lei nº 15.069/2024, permite articular

inclusão e reprodução cotidiana da vida, considerando desigualdades múltiplas. Nessa perspectiva, solicitar apoio constitui exercício de direitos, e não evidência de incompetência; reconhecer interdependências permite questionar a figura abstrata do trabalhador disponível e autossuficiente (Mello; Nuernberg, 2012; Brasil, 2024).

Cidadania laboral e obrigações de inclusão

A Constituição proíbe discriminação laboral e determina reserva legal no serviço público. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pelo Decreto nº 6.949/2009 com equivalência constitucional, reconhece o trabalho em ambientes inclusivos. A cidadania laboral desloca, portanto, a inclusão da benevolência para direitos exigíveis (Diniz, 2007; Brasil, 1988, 2009).

ALBI assegura acessibilidade, permanência e progressão, vedando exigência de aptidão plena. Desenho universal orienta ambientes amplamente utilizáveis; adaptação razoável responde a necessidades concretas, sem ônus desproporcional e indevido. Sua recusa constitui discriminação. Essa complementaridade materializa uma compreensão relacional da participação, incompatível com padrões corporais únicos (Garland-Thomson, 2011; Brasil, 2015).

A Lei nº 8.213/1991 reserva entre 2% e 5% dos cargos nas empresas com cem ou mais empregados. Contudo, cumprimento numérico pode coexistir com segregação ocupacional. A condição legal para determinadas dispensas não estabelece estabilidade absoluta. No âmbito federal, percentuais seguem regras próprias, distintas da tabela empresarial (Mello, 2016; Brasil, 1991, 2018).

Atualizações normativas e disputas sobre a efetividade

O Decreto nº 12.533/2025 reforçou a acessibilidade nos certames federais, incluindo adaptações nas provas e condições de exercício laboral. Igualdade não equivale à identidade abstrata de procedimentos: exigir resultados sem assegurar meios conserva desvantagens. Essa leitura evidencia a dimensão institucional da produção de capacidades e oportunidades (Garland-Thomson, 2011; Brasil, 2025a).

A Lei nº 15.176/2025, vigente em 2026, condicionou a equiparação das pessoas com fibromialgia e condições correlatas à avaliação biopsicossocial. A Orientação Técnica SIT nº 22/2026 esclarece que diagnóstico isolado não assegura enquadramento na cota. Considerar participação, barreiras e apoios evita restaurar o reducionismo biomédico (Diniz, 2007; Brasil, 2025d, 2026).

O Novo Viver sem Limite reconhece a interseccionalidade; a Lei nº 15.155/2025 incentiva empreendedorismo. Entretanto, crédito não substitui proteção laboral. Similarmente, BPC e auxílio-inclusão exigem transições protegidas, observados seus requisitos. A crítica ao empresário de si interroga a transferência dos riscos sociais para indivíduos apresentados como plenamente autônomos (Foucault, 2004).

Organização do trabalho, subjetivação e resistência

A uberização combina disponibilidade e transferência de riscos. Aplicada à deficiência, sua flexibilidade pode coexistir com pausas não remuneradas e interfaces inacessíveis. O trabalho remoto reduz deslocamentos, mas pode ampliar isolamento e custos domésticos. Nenhuma modalidade assegura inclusão independentemente de sua organização e dos apoios disponíveis (Abílio, 2020).

Sistemas automatizados podem converter velocidade ou comunicação padronizada em indicadores de competência, reproduzindo barreiras. Trata-se de risco investigável, não de destino técnico. A Psicologia Social do Trabalho deve examinar critérios, garantir contestação e escutar experiências de estigma, pertencimento condicionado e resistência, sem atribuir ao diagnóstico conflitos organizacionais (Foucault, 1975; Mello, 2016).

A intervenção requer análise participativa das atividades, recursos e responsabilidades pelos apoios. Além das admissões, importa acompanhar remuneração, permanência, promoção, saúde e participação decisória. Indicadores interseccionais devem preservar confidencialidade. Trabalhadores, sindicatos e organizações representativas precisam participar da definição dos critérios pelos quais seu trabalho será reconhecido (Crenshaw, 1989; Mello, 2016).

Desafios às Políticas Públicas em Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador Desde a Psicologia Social

A saúde da trabalhadora e do trabalhador permite compreender relações entre trabalho, desigualdade e políticas públicas. No Brasil, sua consolidação resulta das lutas pela redemocratização, da Reforma Sanitária e do movimento sindical, que deslocaram o debate de uma saúde ocupacional restrita para outra fundada na determinação social do processo saúde-doença e na participação dos trabalhadores. A Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como direito e atribuiu ao SUS competências relativas à saúde do trabalhador e à proteção do ambiente laboral (Brasil, 1988).

A Lei nº 8.080/1990 aprofundou essa inflexão ao incluir a saúde do trabalhador no SUS, articulando promoção, proteção, recuperação e reabilitação. A Lei nº 8.142/1990 reforçou a participação e o controle social. Posteriormente, VISAT, NOST-SUS, RENAST, PNSST e PNSTT consolidaram uma arquitetura institucional de integralidade e vigilância. O desafio permanece na distância entre o direito reconhecido e processos produtivos que intensificam, precarizam e individualizam o sofrimento (Brasil, 1990a; 1990b; 1998a; 1998b; 2002; 2011; 2012).

Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador expressam formas de compreender a relação trabalho-saúde. A primeira privilegia a relação entre agente nocivo, corpo e doença; a segunda amplia o enfoque pela ergonomia e epidemiologia, mas permanece centrada na gestão técnica dos riscos. A Saúde do Trabalhador rompe ao reconhecer o trabalhador como sujeito social e o processo de trabalho como determinação da saúde. Ritmos, tecnologias, hierarquias e relações

de poder tornam-se dimensões indispensáveis da análise do adoecimento (Laurell; Noriega, 1989; Mendes; Dias, 1991).

Essa perspectiva fundamenta a Vigilância em Saúde do Trabalhador. A Portaria nº 3.120/1998 estruturou a VISAT e a Portaria nº 3.908/1998 instituiu a NOST-SUS, reafirmando universalidade, integralidade, participação e informação. A Lei nº 8.080/1990 já estabelecia vigilância sobre riscos. A política não pode limitar-se ao tratamento do dano: deve intervir nos processos que o produzem e alcançar trabalhadores formais, informais, desempregados ou aposentados (Brasil, 1990a; 1998a; 1998b).

RENAST, CEREST E PNSTT: INSTITUCIONALIZAÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA E SEUS LIMITES

A criação da RENAST pela Portaria GM/MS nº 1.679/2002, ampliada pelas Portarias nº 2.437/2005 e nº 2.728/2009, articulou ações de Saúde do Trabalhador no SUS. Os CEREST assumiram funções de retaguarda técnica, vigilância e construção do nexo trabalho-adoecimento. Em 2011, o Decreto nº 7.602 instituiu a PNSST; em 2012, a Portaria GM/MS nº 1.823 criou a PNSTT, depois consolidada na Portaria de Consolidação nº 2/2017. A política reconhece que modelos de desenvolvimento e processos produtivos produzem saúde e doença (Brasil, 2002; 2005; 2009; 2011; 2012; 2017).

A leitura foucaultiana da governamentalidade neoliberal compreende o neoliberalismo como racionalidade que produz modos de condução das condutas. O indivíduo é interpelado como empresário de si, responsável pelo desempenho e pelo capital humano. No trabalho, metas abusivas, insegurança e vigilância podem ser convertidas em incapacidade individual de adaptação. Produz-se a psicologização do sofrimento social: processos coletivamente produzidos são traduzidos como baixa resiliência ou falha emocional. A Psicologia Social deve desindividualizar o sofrimento sem apagar a singularidade de quem sofre (Foucault, 2008; Seligmann-Silva, 2011).

Terceirização, informalização, pejotização, uberização e gestão algorítmica tornam a vigilância mais complexa. Empresas podem controlar a atividade enquanto transferem riscos ao trabalhador. A Portaria GM/MS nº 5.674/2024 atualizou a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e explicitou fatores psicossociais ligados à gestão, jornadas, assédio, discriminação e contratação precária. A Portaria GM/MS nº 5.201/2024 ampliou a notificação compulsória, incluindo transtornos mentais relacionados ao trabalho. A normativa reconhece que a própria organização laboral pode produzir adoecimento (Antunes, 2018; Abílio, 2020; Brasil, 2024a; 2024b).

A nova redação da NR-1, decorrente da Portaria MTE nº 1.419/2024 e vigente desde 26 de maio de 2026, reforçou os riscos psicossociais no Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. O avanço pode ser esvaziado se esses riscos forem tratados como variáveis técnicas ou atributos individuais. Assédio, discriminação, intensificação e vigilância algorítmica são relações de poder. A Psicologia Social

deve impedir que avaliações individuais substituam a análise da organização do trabalho e que procedimentos de compliance substituam participação coletiva e transformação das condições laborais (Brasil, 2024c; Lane, 1984).

Os riscos relacionados ao trabalho não se distribuem igualmente. Classe, gênero, raça, deficiência, geração, território e condição migratória configuram diferentes inserções e possibilidades de proteção. A interseccionalidade permite compreender que essas relações produzem posições sociais específicas. Por isso, a territorialização é estratégica: APS, CEREST e vigilâncias devem reconhecer atividades econômicas, informalidade, acidentes e adoecimentos territoriais. Incorporar à atenção a pergunta “em que você trabalha e como é o seu trabalho?” pode revelar nexos invisibilizados quando o diagnóstico ignora a atividade laboral (Crenshaw, 2002; Brasil, 2012).

Os desafios concentram-se em fortalecer RENAST e CEREST sem especializar excessivamente a Saúde do Trabalhador; qualificar o nexo trabalho-adoecimento; ampliar notificação e uso epidemiológico; articular SUS, inspeção do trabalho, Previdência, Ministério Público, sindicatos e universidades; enfrentar processos laborais sem local fixo ou empregador identificado; e recuperar a participação dos trabalhadores como princípio político. Sem essa articulação, a política corre o risco de administrar consequências sem intervir nas relações sociais e produtivas que as geram (Brasil, 2012; Mendes; Dias, 1991).

O Brasil construiu desde 1988 um arcabouço que reconhece a saúde como direito e o trabalho como determinação do processo saúde-doença. VISAT, NOST-SUS, RENAST, CEREST, PNSST, PNSTT, LDRT e mudanças na notificação compulsória e na NR-1 ampliam a capacidade normativa estatal. Entretanto, essas conquistas convivem com intensificação, informalidade, terceirização, pejotização, uberização e gestão algorítmica. Quanto mais o capitalismo fragmenta vínculos e transfere riscos, mais necessária se torna uma política capaz de reconstruir o nexo entre trabalho e saúde (Brasil, 2012; 2024a; 2024b; 2024c; Antunes, 2018).

Nesse cenário, a Psicologia Social não pode restringir-se a produzir estratégias para que sujeitos suportem situações intoleráveis. Sua tarefa é tornar inteligíveis relações de poder laborais, combater a individualização do sofrimento e fortalecer a capacidade coletiva de transformar o trabalho. A perspectiva foucaultiana mostra que governar o trabalho é também governar subjetividades: metas, métricas e plataformas incidem sobre o que trabalhadores fazem e como reconhecem a si próprios. Defender a saúde da trabalhadora e do trabalhador significa cuidar dos sujeitos e disputar condições sob as quais trabalhar e viver se tornam possíveis (Foucault, 2008; Lane, 1984).

Clínicas do Trabalho: História, Abordagens e Desafios Contemporâneos

Pensar as Clínicas do Trabalho implica desfazer uma ambiguidade presente no próprio termo “clínica”. Não se trata de transportar para as organizações o modelo de uma clínica individual centrada no diagnóstico e tratamento de sujeitos

adoecidos, tampouco de adaptar trabalhadores às exigências organizacionais. As Clínicas do Trabalho configuram um campo plural dedicado às relações entre trabalho, atividade, subjetividade, saúde, sofrimento e poder de agir. Seu objeto não é apenas o indivíduo que sofre, mas a relação histórica e socialmente produzida entre sujeito, coletivos, organização e atividade real. A clínica designa, assim, uma postura epistemológica, metodológica e política diante da experiência concreta de trabalho (Bendassolli; Soboll, 2011).

Esse campo não constitui uma escola homogênea. Nele se destacam a Psicodinâmica do Trabalho, de Christophe Dejours; a Clínica da Atividade, de Yves Clot; a Ergologia, de Yves Schwartz; e a Psicossociologia do Trabalho, especialmente representada por Dominique Lhuillier. Apesar das diferenças epistemológicas, essas abordagens recusam compreender o sofrimento exclusivamente pela personalidade ou capacidade adaptativa do trabalhador. A história das Clínicas do Trabalho pode, portanto, ser interpretada como um deslocamento da doença para as relações saúde-trabalho, do prescrito para a atividade real e da adaptação individual para a transformação do trabalho e ampliação do poder de agir (Bendassolli; Soboll, 2011; Lhuillier, 2014).

As raízes históricas desse campo encontram-se principalmente na França do pós-Segunda Guerra Mundial, quando industrialização, reconstrução econômica e organização taylorista-fordista intensificaram as preocupações com trabalho e saúde mental. Nas décadas de 1940 e 1950 consolida-se a Psicopatologia do Trabalho, associada sobretudo a Paul Sivadon e Louis Le Guillant. Sivadon investigava as relações entre condições laborais e descompensação psíquica, enquanto Le Guillant aprofundava uma leitura social e materialista, demonstrando que ritmos, hierarquias, condições materiais e trajetórias sociais eram indispensáveis à compreensão do sofrimento. Produzia-se, assim, uma ruptura com interpretações exclusivamente individuais do adoecimento (Nassif, 2005; Lhuillier, 2006).

Christophe Dejours realiza posteriormente uma inflexão fundamental. Suas pesquisas demonstram que não existe relação mecânica entre organização patogênica e doença mental: trabalhadores submetidos às mesmas condições não necessariamente adoecem da mesma maneira. Entre organização e descompensação encontram-se processos de elaboração, cooperação, inteligência e defesa. A Psicodinâmica do Trabalho desloca, portanto, a centralidade da patologia para a dinâmica entre sofrimento e prazer, constrangimento e liberdade, organização prescrita e mobilização subjetiva. O sofrimento não constitui necessariamente doença; pode tornar-se criativo quando encontra possibilidades de elaboração e transformação, ou patogênico quando essas possibilidades são bloqueadas (Dejours, 1992; Dejours, 2004).

Nesse quadro, dois outros conceitos são fundamentais: estratégias defensivas e reconhecimento. As defesas individuais e coletivas possibilitam suportar situações potencialmente desestruturantes, mas podem também ocultar ou naturalizar as condições que produzem sofrimento. O reconhecimento, por sua vez, constitui mediação central entre trabalho e identidade, pois trabalhar exige mobilizar inteligência, experiência e criatividade não inteiramente previstas pelas

prescrições. Quando o trabalhador vê reconhecida a utilidade e a qualidade de sua contribuição, o sofrimento pode adquirir outro destino. Por isso, competição individualizada, avaliação permanente e fragmentação dos coletivos ameaçam importantes condições de produção da saúde (Dejours, 2004).

Um segundo eixo das Clínicas do Trabalho deriva da distinção entre trabalho prescrito e trabalho real. A prescrição corresponde às normas, metas, protocolos e procedimentos; a atividade real corresponde ao que efetivamente precisa ser realizado diante de situações que jamais podem ser antecipadas integralmente. Trabalhar significa interpretar, arbitrar, criar e, algumas vezes, transgredir criativamente determinadas normas para que o próprio trabalho aconteça. Essa distância possui enorme potência crítica porque demonstra que o trabalhador jamais é mero executor e que qualquer intervenção sobre saúde precisa alcançar o trabalho concreto e não somente as características psicológicas individuais (Bendassolli; Soboll, 2011; Schwartz; Durrive, 2007).

A Clínica da Atividade, desenvolvida por Yves Clot, radicaliza essa compreensão ao afirmar que a atividade realizada não corresponde integralmente à atividade real. O real inclui aquilo que se fez, mas também aquilo que se desejou fazer, o que não pôde ser realizado e as possibilidades abandonadas ou impedidas. O sofrimento pode emergir, portanto, não apenas do excesso de trabalho, mas da impossibilidade de realizar um trabalho no qual o sujeito reconheça os critérios de um ofício bem-feito. A atividade impedida reduz o poder de agir, isto é, a capacidade dos trabalhadores de transformar sua atividade e as condições em que ela ocorre (Clot, 2010).

Para Clot (2010), o trabalho é igualmente sustentado pelo gênero profissional, compreendido como patrimônio coletivo de modos de fazer, avaliar e enfrentar situações, construído historicamente por determinado ofício. Cada trabalhador, entretanto, recria esse gênero por meio de seu estilo. A finalidade da intervenção clínica não é simplesmente permitir que o trabalhador verbalize seu sofrimento, mas criar condições para que a atividade se torne objeto de controvérsia profissional e transformação coletiva. Uma clínica destinada somente a tornar pessoas capazes de suportar aquilo que produz sua impotência contradiz, nesse sentido, a própria finalidade clínica (Clot, 2010).

A Ergologia, desenvolvida por Yves Schwartz, acrescenta que nenhuma atividade consiste na aplicação mecânica de normas. Toda situação contém normas antecedentes, como regras, conhecimentos técnicos, metas e protocolos, mas o encontro com o real exige constantes renormalizações. Trabalhar significa realizar escolhas e arbitragens diante daquilo que as prescrições não conseguem antecipar. Schwartz denomina essa condição uso de si por si e pelos outros: a organização procura mobilizar capacidades do trabalhador, mas este jamais pode ser totalmente governado externamente, pois permanece implicado na produção concreta de suas ações e decisões (Schwartz; Durrive, 2007; Schwartz, 2014).

A Psicossociologia do Trabalho, especialmente em Dominique Lhuillier, amplia essa leitura ao articular processos psíquicos, sociais, institucionais e organizacionais. O sujeito constitui-se nas relações sociais ao mesmo tempo em

que participa de sua transformação. O trabalho, assim, não produz somente bens e serviços, mas identidades, pertencimentos, conflitos e formas de subjetividade. As organizações também produzem universos simbólicos, ideais e modelos de trabalhador, convocando os sujeitos não apenas a realizar tarefas, mas a aderir a determinadas formas de existência e reconhecimento social (Lhuillier, 2012; Lhuillier, 2014).

É nesse ponto que uma leitura pós-estruturalista, especialmente foucaultiana, radicaliza as Clínicas do Trabalho. Foucault não pertence genealogicamente ao campo, mas sua analítica permite compreender a organização laboral como dispositivo de poder e produção de subjetividades. Nas sociedades disciplinares, vigilância, exame, controle dos tempos e normalização procuram produzir corpos simultaneamente úteis e dóceis. No neoliberalismo, entretanto, o governo tende também a operar pela liberdade, convocando indivíduos a tornarem-se empresários de si, responsáveis por desempenho, empregabilidade, competências, saúde e fracassos. A autonomia pode, paradoxalmente, converter-se em tecnologia de governo (Foucault, 1987; Foucault, 2008; Dardot; Laval, 2016).

Os desafios contemporâneos aprofundam esse processo. Plataformização, metas individualizadas, avaliações contínuas e gestão algorítmica ampliam a mensuração da atividade e a responsabilização individual. O algoritmo pode produzir uma visibilidade assimétrica na qual o trabalhador se torna crescentemente transparente enquanto os critérios que governam sua avaliação permanecem opacos. Paralelamente, discursos de resiliência, gestão emocional e bem-estar podem psicologizar sofrimentos cuja gênese reside na própria organização. A contribuição das Clínicas do Trabalho consiste precisamente em desindividualizar esses problemas sem negar a singularidade do sofrimento, recolocando em análise as relações entre atividade, organização, coletivos e poder (Dejours, 2004; Clot, 2010; Dardot; Laval, 2016).

No contexto brasileiro e latino-americano, esse projeto exige ainda uma clínica situada, capaz de reconhecer que trabalho e sofrimento são atravessados por classe, raça, gênero, sexualidade, deficiência, migração e colonialidade. Os sujeitos não ocupam posições equivalentes na divisão social do trabalho, tampouco experimentam igualmente precariedade, reconhecimento e capacidade de resistência. Assim, uma Psicologia Social do Trabalho crítica precisa fazer das Clínicas do Trabalho não apenas uma clínica da subjetividade, mas das relações entre subjetivação, desigualdade e poder, recusando universalizar como trabalhador abstrato experiências históricas e socialmente situadas (Lhuillier, 2014; Seligmann-Silva, 2011).

A história das Clínicas do Trabalho evidencia, portanto, uma transformação decisiva: da Psicopatologia do Trabalho centrada na relação entre trabalho e adoecimento para abordagens interessadas nas condições pelas quais sujeitos e coletivos enfrentam, transformam ou adoecem diante do real. Dejours enfatiza sofrimento, defesa e reconhecimento; Clot, atividade impedida e poder de agir; Schwartz, renormalizações e uso de si; Lhuillier, mediações sociais e institucionais. Em comum, encontra-se uma proposição política fundamental: não existe saúde

no trabalho sem possibilidade de agir sobre o próprio trabalho (Dejours, 2004; Clot, 2010; Schwartz, 2014; Lhuillier, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida evidencia que o trabalho constitui um campo atravessado por relações de poder, desigualdades e processos de subjetivação. Gênero, sexualidade, deficiência, classe e raça interferem nas formas de inserção, reconhecimento, proteção e participação dos trabalhadores, tornando necessária uma abordagem crítica e interseccional das relações laborais.

Nesse contexto, a Psicologia Social do Trabalho deve evitar a individualização do sofrimento e considerar as condições materiais, institucionais e políticas que organizam o trabalho. As políticas de saúde, inclusão e proteção social, assim como as Clínicas do Trabalho, podem contribuir para ampliar a participação dos trabalhadores e sua capacidade de intervir sobre as condições em que exercem suas atividades.

Assim, compreender saúde, sofrimento e subjetividade a partir das relações concretas de trabalho permite fortalecer práticas coletivas, ampliar o poder de agir e promover relações laborais pautadas em direitos, participação e transformação social.

A redação contempla os quatro eixos centrais do capítulo: interseccionalidade de gênero e sexualidade, deficiência e inclusão, saúde do trabalhador e Clínicas do Trabalho.

REFERÊNCIAS

ABÍLIO, Ludmila Costhek. **Plataformas digitais e uberização: a globalização de um Sul administrado?** Contracampo, Niterói, v. 39, n. 1, p. 12-26, 2020.

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

BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea Pereira. **Clínicas do trabalho: filiações, premissas e desafios.** Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 59-72, 2011.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação

da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b.

BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.** Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998.** Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998.** Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.679, de 19 de setembro de 2002.** Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005.** Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. **Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011.** Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Decreto nº 9.508, de 24 de setembro de 2018.** Reserva às pessoas com deficiência percentual de cargos e de empregos públicos ofertados em

concursos públicos e em processos seletivos no âmbito da administração pública federal direta e indireta. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. **Decreto nº 11.793, de 23 de novembro de 2023**. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Novo Viver sem Limite. Brasília, DF, 2023.

BRASIL. **Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados. Brasília, DF, 2024a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.201, de 15 de agosto de 2024**. Altera a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.674, de 1º de novembro de 2024**. Atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024c.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria MTE nº 1.419, de 27 de agosto de 2024**. Aprova a nova redação do capítulo 1.5, “Gerenciamento de riscos ocupacionais”, e altera o Anexo I da Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1). Brasília, DF: MTE, 2024d.

BRASIL. **Lei nº 15.155, de 30 de junho de 2025**. Altera a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, para incluir o incentivo ao empreendedorismo entre as medidas de apoio às pessoas com deficiência e atualizar a terminologia relativa às pessoas com deficiência. Brasília, DF, 2025b.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Secretaria de Inspeção do Trabalho. Orientação Técnica SIT nº 22/2026**. Inspeção do trabalho, reserva legal de cargos para pessoas com deficiência ou beneficiários reabilitados da Previdência Social, fibromialgia e condições correlatas e avaliação biopsicossocial. Brasília, DF: MTE, 2026.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CLOT, Yves. Trabalho e poder de agir. **Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira e Marlene Machado Zica Vianna**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

CONNELL, R. W. **Masculinities**. 2. ed. Berkeley: University of California Press, 2005.

CRENSHAW, Kimberlé. **Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics**. University of Chicago Legal Forum, Chicago, p. 139-167, 1989.

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

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

DINIZ, Débora. **O que é deficiência?** São Paulo: Brasiliense, 2007.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva.** Tradução do Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2017.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979).** Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRASER, Nancy. Contradictions of capital and care. **New Left Review**, London, n. 100, p. 99-117, 2016.

GARLAND-THOMSON, Rosemarie. **Misfits: a feminist materialist disability concept.** Hypatia, v. 26, n. 3, p. 591-609, 2011.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos.** Organização de Flávia Rios e Márcia Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

HIRATA, Helena. **Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais.** Tempo Social, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 61-73, 2014.

KERGOAT, Danièle. **Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais.** Novos Estudos CEBRAP, São Paulo, n. 86, p. 93-103, 2010.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: Hucitec, 1989.

LHUILIER, Dominique. **Cliniques du travail.** Toulouse: Érès, 2006.

LHUILIER, Dominique. **A invisibilidade do trabalho real e a opacidade das relações saúde-trabalho.** Trabalho & Educação, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 13-38, 2012.

LHUILIER, Dominique. **Introdução à psicossociologia do trabalho.** Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, São Paulo, v. 17, n. esp. 1, p. 5-19, 2014.

MELLO, Anahi Guedes de. **Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou da preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3265-3276, 2016.

MELLO, Anahi Guedes de; NUERNBERG, Adriano Henrique. Gênero e deficiência: interseções e perspectivas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 635-655, 2012.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

SCHWARTZ, Yves. **Motivações do conceito de corpo-si: corpo-si, atividade, experiência.** Letras de Hoje, Porto Alegre, v. 49, n. 3, p. 259-274, jul./set. 2014.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo.** São Paulo: Cortez, 2011.