

Desafios do Retorno ao Trabalho na perspectiva dos trabalhadores após afastamento por agravos do trabalho

Return-to-Work challenges from workers' perspective after work-related sick leave

Karen Grecco de Freitas¹, Patrícia Campos Pavan Baptista², João Alberto Camarotto¹, Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva¹, Fernanda Maria de Miranda¹, Vivian Aline Mininel¹

DOI: 10.1590/2358-289820251449147P

RESUMO O Retorno ao Trabalho (RT) envolve diversos atores sociais na construção de estratégias baseadas em objetivos comuns que facilitam a reintegração e manutenção dos trabalhadores no trabalho. Este processo deve considerar os aspectos biopsicossociais dos trabalhadores, bem como as condições do local de trabalho. Buscou-se identificar os desafios do RT na perspectiva dos trabalhadores após afastamento por agravos do trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Foram entrevistados oito trabalhadores vítimas de doenças ou acidentes ocupacionais atendidos por um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Os discursos foram analisados considerando abordagens teórico-metodológicas do RT, da Psicodinâmica do Trabalho e da Análise do Discurso. Os resultados mostraram que o RT continua a ser uma experiência difícil e os trabalhadores não recebem apoio eficaz dos diferentes atores sociais; há despreparo e incipiência dos serviços na gestão dos casos, surgindo e intensificando sentimentos negativos ao longo do processo de RT. Acredita-se que os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador devem liderar o processo de RT com o envolvimento dos atores sociais e centrar-se nas necessidades dos trabalhadores vítimas de agravos do trabalho.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do trabalhador. Retorno ao Trabalho. Acidentes de trabalho. Doenças profissionais.

ABSTRACT *Return to Work (RTW) involves several social stakeholders to build collective and integrated strategies based on shared objectives that facilitate employees' reintegration and retention at work. This process must consider the biopsychosocial aspects of workers and workplace conditions. This qualitative research aimed to identify RTW challenges from workers' perspectives after work-related sick leave. We interviewed eight workers who were victims of occupational diseases or accidents and were treated by a Brazilian Public Occupational Health Service. We analyzed the statements considering theoretical and methodological approaches of RTW, Psychodynamics of Work, and Discourse Analysis. The results showed that RTW persists as a problematic experience and workers do not receive adequate support from stakeholders. Services are unprepared and incipient in case management, emerging and escalating negative feelings throughout the RTW process. We believe that Public Occupational Health Services should lead the RTW process with the involvement of stakeholders and focus on disease-affected workers' needs.*

KEYWORDS Occupational health. Return to Work. Accidents, occupational. Occupational diseases.

¹Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos (SP), Brasil.
vivian.aline@ufscar.br

²Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

O trabalho é um importante determinante de saúde. Ele pode afetar positivamente os trabalhadores e proporcionar posição social, desenvolvimento pessoal, relacionamentos sociais, e melhorar a autoestima, a renda familiar e aspectos econômicos¹. Além disso, o trabalho não é apenas algo externo, mas algo interno que desencadeia satisfação e reconhecimento². Por outro lado, o trabalho também pode causar angústia e alienação, forçando os trabalhadores a lutarem para protegerem-se de imposições da organização do trabalho³ e dos riscos de acidentes e doenças.

Ao longo dos anos, o sofrimento dos trabalhadores aumentou devido às condições de trabalho precárias resultantes de políticas públicas inadequadas que acentuaram o controle sobre os movimentos sociais relacionados ao trabalho, particularmente os sindicatos⁴.

A organização do trabalho impõe regras para a condução do trabalho que afetam a saúde dos trabalhadores e elevam o absenteísmo^{5,6}, intensificando o sofrimento individual. Sobre este assunto, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) estima aproximadamente 2,78 milhões de mortes anuais devido a agravos do trabalho, 2,4 milhões das quais se referem a doenças, além de 374 milhões de acidentes de trabalho não fatais⁷.

O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é um sistema governamental de seguro/compensação para empregos formais, pago por empregados e empregadores, que inclui empregados contratados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), trabalhadores domésticos, autônomos e trabalhadores independentes. O INSS concede benefícios por incapacidade laboral a partir do 16º dia de licença médica, condicionado a um laudo médico⁸. Notavelmente, o trabalho informal representa quase 50% da força de trabalho brasileira, e qualquer sistema de compensação não cobre trabalhadores nessa condição. No entanto, eles podem acessar e receber assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) – um sistema público universal.

O apoio financeiro do SUS é essencial para o financiamento de ações e serviços de saúde pública, levando a melhorias na qualidade de vida das pessoas e nos indicadores de saúde, especialmente para a população de baixa renda nas várias linhas de cuidados⁹, que incluem a assistência aos trabalhadores. O SUS oferece acesso universal a todos os serviços de saúde, independentemente da condição de emprego, o que inclui os Serviços Públicos de Saúde do Trabalhador (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest), uma estratégia para garantir a promoção da saúde no local de trabalho e dos trabalhadores. Cerca de 215¹⁰ Cerest estão espalhados pelo Brasil, e cada um possui uma equipe multiprofissional que trabalha em conjunto na prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores por meio de inspeções em ambientes de trabalho, assistência aos trabalhadores e suporte técnico à Atenção Primária à Saúde (APS).

Para garantir o sucesso do RT, a reabilitação de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho deve abordar os aspectos físicos e psicológicos dos trabalhadores por uma equipe multidisciplinar, considerando suas habilidades para se adaptar ao trabalho¹¹. A colaboração e o compromisso de diferentes atores sociais são necessários para restabelecer a saúde e as capacidades biopsicossociais dos trabalhadores e, em seguida, fornecer adequações no local de trabalho e apoio para permitir sua reintegração.

Os atores sociais e os trabalhadores devem interagir por meio de uma ação multi e transdisciplinar para identificar os fatores que influenciam o RT e projetar estratégias com base em diferentes contextos¹². Este processo é baseado na comunicação, negociação e perspectivas pessoais para alcançar decisões que atendam às necessidades dos trabalhadores e empregadores¹³. As estratégias devem se concentrar na participação ativa dos trabalhadores, considerando as novas condições de saúde, os requisitos profissionais, o local de trabalho¹⁴ e a autoeficácia percebida¹⁵.

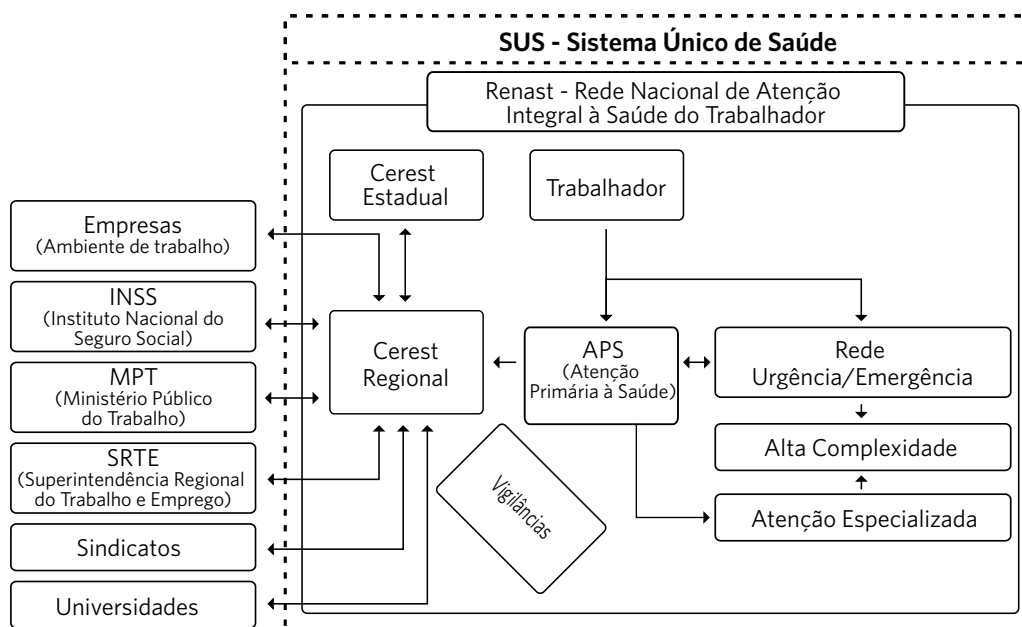
Uma revisão da literatura apontou que intervenções com resultados positivos para o RT incluíram vários componentes, como saúde, gestão de serviços e adaptações no local de trabalho, considerando fatores individuais e sociais. Intervenções multifatoriais e multidisciplinares refletem nos resultados finais e diminuem o tempo afastado do trabalho e as despesas com incapacidades¹⁶. Enquanto isso, no Brasil, intervenções para o RT que podem incluir diferentes atores sociais e aspectos biopsicossociais dos trabalhadores ainda são embrionárias, como alguns exemplos implementados por alguns Cerest¹⁷⁻¹⁹.

Considerando o exposto, este estudo teve como objetivo identificar os desafios do retorno ao trabalho a partir das perspectivas dos trabalhadores após afastamento por agravos do trabalho.

Material e métodos

Este estudo qualitativo e descritivo-exploratório foi baseado na Análise do Discurso (AD) francesa, que identifica os sentidos e significados das situações vivenciadas pelos indivíduos²⁰. Foi realizado em um Cerest regional no interior do estado de São Paulo, Brasil. Este serviço conta com uma equipe multiprofissional envolvendo enfermeiros, médico, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo, engenheiro, técnico de segurança do trabalho, assistente administrativo, auxiliar de limpeza, motorista e fiscais de vigilância em saúde do trabalhador. A articulação do Cerest com diferentes atores sociais pode ser vista na *figura 1*.

Figura 1. Cerest e suas articulações intra e intersectoriais



Fonte: criado pelos autores (2023).

Os critérios de inclusão consistiram em trabalhadores maiores de 18 anos que estiveram afastados do trabalho por pelo menos quinze dias devido a acidentes ou doenças

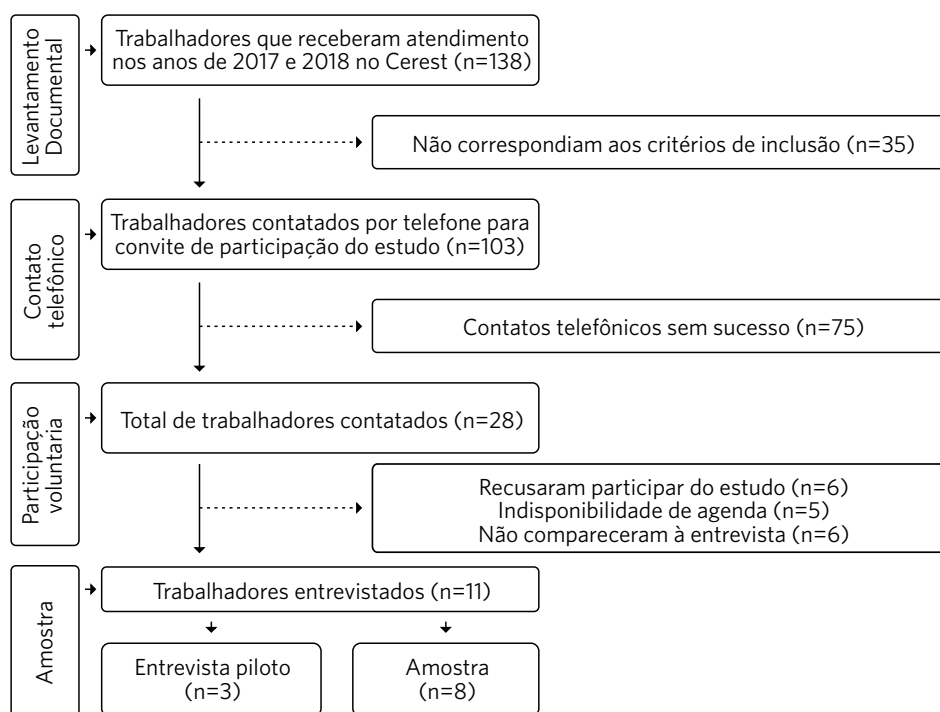
relacionadas ao trabalho, que tivessem sido assistidos pelo Cerest em 2017 e 2018, e que já tivessem retornado ao trabalho no momento do contato. Apesar de reconhecer as diferenças

entre a natureza dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, optou-se por incluir as diferentes situações que motivaram o afastamento do trabalho, uma vez que o objeto de investigação é o RT e o papel do Cerest nesse processo, independentemente do fator que desencadeou o afastamento.

Coletou-se dados em duas etapas; primeiro, analisou-se os arquivos de 2017 e 2018 do Cerest para identificar trabalhadores

que atendiam aos critérios de inclusão. Em seguida, realizou-se entrevistas individuais semiestruturadas presenciais seguindo um roteiro pré-concebido com dados de caracterização e seis perguntas sobre a experiência de retorno ao trabalho. Três entrevistas piloto foram realizadas para validar o roteiro, e elas não compuseram a amostra. A *figura 2* mostra um fluxograma dos procedimentos de coleta de dados.

Figura 2. Conformação da seleção para coleta de dados



Fonte: criado pelos autores (2023).

Todas as entrevistas foram realizadas em uma sala privativa e foram gravadas em áudio e vídeo, uma estratégia indispensável para o referencial teórico e metodológico adotado no estudo, que considera discursos verbais e não verbais. Os dados foram analisados com base na AD francesa, evoluindo para uma análise em três estágios sem interpretação pré-estabelecida: a de-superficialização foi utilizada para

a passagem da superfície linguística (estágio 1: texto) para o objeto discursivo (estágio 2: formação discursiva), e gestos de interpretação foram incluídos para alcançar o processo discursivo (estágio 3: formação ideológica)²¹.

Propôs-se alcançar os sentidos e significados em cada declaração do trabalhador. Portanto, foi necessário entender os conceitos apontados na AD como uma condição de

produção, que se refere às circunstâncias em que os discursos são produzidos; *corpus*, que inclui material para análise, selecionando fragmentos discursivos; esquecimento n.1 relacionado à enunciação, um processo inconsciente e ideológico no qual os sujeitos têm a ilusão de serem a origem de sua declaração; esquecimento n.2 ligado à subjetividade, no qual os sujeitos selecionam as palavras e sequências discursivas de outros para usar em sua declaração; e metáfora e efeito metafórico, que representa um desliz no discurso, referindo-se a alguma formação discursiva, promovendo uma mudança de sentido²¹.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, Brasil, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética Nº 08627819.6.0000.5504 e aprovação Nº 3.291.225. Todos os participantes assinaram o formulário de consentimento para participação. Todos os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme descrito nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 466²², datada de 12 de dezembro de 2012, e Nº 510²³, datada de 7 de abril de 2016, foram respeitados.

Resultados

Entrevistou-se oito participantes, cinco homens e três mulheres com idades entre 26 e 66 anos, trabalhando nas profissões de balconista, auxiliar de produção, fundidor, assistente de logística, retificador de motores, auxiliar de limpeza, motorista e técnico de enfermagem. Em relação ao nível de educação, quatro não completaram o ensino fundamental, três completaram o ensino médio/formação profissional e um completou o ensino superior.

Os afastamentos do trabalho ocorreram entre 2014 e 2018, com uma duração mínima de um mês e máxima de dois anos. Cinco deles se afastaram devido a doenças relacionadas ao trabalho (espondilolistese, síndrome do ombro doloroso, transtorno de adaptação,

lombalgia e tendinopatia no ombro direito), e três devido a acidentes de trabalho (queda da própria altura, queda de altura e fratura do tornozelo esquerdo devido a um acidente de moto). Naquela época, todos os trabalhadores recebiam benefício do INSS, mas apenas cinco relataram que suas condições foram reconhecidas como relacionadas ao trabalho.

Todos os trabalhadores relataram ter voltado ao mesmo empregador após a reabilitação. No entanto, dois retornaram a atividades diferentes. A maioria dos trabalhadores teve suas posições de trabalho alteradas após certo tempo de RT. Na entrevista, dois trabalhadores estavam desempregados, dois aposentados (mas faziam trabalhos informais para complementar sua renda) e quatro estavam empregados – apenas dois em emprego formal; os outros dois se tornaram motorista de Uber e pintor. Além disso, todos os trabalhadores relataram comprometimento da saúde resultante do agravo que desencadeou seu afastamento do trabalho; no entanto, apenas seis fizeram reabilitação no Cerest.

Através da AD, descobriu-se que todos os entrevistados assumiram predominantemente a formação discursiva de trabalhadores em uma relação de subordinação, resultante das relações de poder hierárquicas em suas experiências de trabalho. Como resultado da de-superficialização, os trabalhadores foram caracterizados como trabalhadores contratados com empregos formais e horários de trabalho pré-estabelecidos, sem ocupar posições superiores ou hierárquicas mais altas nas empresas.

Em relação ao discurso não verbal, alguns trabalhadores demonstraram ansiedade durante a entrevista; alguns, de forma mais intensa, expressaram isso segurando e balançando as mãos, batendo as chaves na cadeira e tendo dificuldade em encontrar palavras para explicar como se sentiam. Às vezes, eles riam de forma irônica e sarcástica, faziam pausas durante as declarações, expressavam dor, mostravam indignação, respiravam fundo, enfatizavam algumas palavras e simplesmente

contemplavam. No entanto, algumas declarações foram claras e objetivas, com expressões de satisfação e alegria ao discutir o trabalho, denotando seu significado. Esses comportamentos expressos no discurso não verbal demonstram as marcas do trabalho nos trabalhadores e a experiência de RT.

As declarações dos trabalhadores foram separadas em fragmentos discursivos (*corpus*)

e foram apresentadas nos *quadros 1 a 3*. Para proteger suas identidades, eles receberam a letra ‘T’ referindo-se à primeira letra de ‘Trabalhador’ seguida de um número cardinal. Cada tabela contém um segmento correspondente à pergunta norteadora e alguns fragmentos discursivos que definem esse segmento. O *quadro 1* apresenta o *corpus* do processo RT de acordo com os participantes.

Quadro 1. Fragmentos discursivos sobre o processo RT

“Ah! Foi bem tranquilo, eu fui voltando aos poucos, eu voltei na mesma função, no mesmo cargo, só que eu fui voltando devagarzinho, sabe?! [...] fazia a mesma coisa, só que não na mesma...na mesma frequência [...] trabalhava com meu pessoal, então eu fui bem mais devagar, sem cobrança em cima... foi isso”. T.1 (postura ansiosa, fica apertando os dedos nas pernas).

“[silêncio] Não, pra mim foi normal...eu voltei normal, como se fosse que não tivesse acontecido nada [...] não dei demonstração que estava sofrendo [...] Aí o meu trabalho lá assim é [...] era muita coisa pra uma pessoa só, mas eu tava ali, firme e forte, entendeu?! Que a gente que precisa, que depende, né...tem que fazer... [risos] não é essas coisa que diga ‘Nossa’, mas é seu trabalho...você é obrigado a fazer tudinho ali sozinho”. T.3 (postura ansiosa).

“A princípio... foi um pouco difícil, tive um pouco de dificuldade a princípio para retomar as minhas atividades, por causa que ainda me incomodava um pouco, né...as dores [...] tanto é né, que eu não fiquei muito tempo depois na empresa, eu não conseguia mais desenvolver o... o meu ofício como antes, entendeu?!”. T.4 (postura ansiosa).

“Ah foi difícil né, porque o INSS me deu alta sem eu tá...devidamente em condições de voltar a trabalhar...eu sofri muito [...] recorresse da decisão do INSS, às vezes pode ser que você ganhava, pode ser que não, então aquele tempo você perdia, aí não recebia da firma [...] você era obrigado a se sacrificar [...] o INSS é complicado...às vezes você tá com o... com o atestado médico provando tudo[...] e às vezes o médico não considera, não sei porquê”. T.5 (fala objetiva, sugerindo indignação).

“Olha, foi é... o processo foi bem difícil, porque eu fiquei...como demorou a... a [cita empresa] não, não tinha um local ainda pra, pra me colocar [...] Quer dizer... eu queria voltar a trabalhar, mas eles não tinham um local para me colocar ainda, né, então eu fiquei aguardando em casa [...] então, essa é a preocupação quando a gente volta do afastamento pra, principalmente pra readaptação, foi meio complicado, eu tive que fazer uma briga (risos de ironia)”. T.8 (olha para cima remetendo o ato de pensar, parecendo procurar palavras para explicar).

Fonte: preparado pelos autores.

O RT foi considerado um processo difícil, e os trabalhadores destacaram o desafio de realizar atividades com uma nova condição de incapacidade, enfrentando a falta de assistência e o desinteresse dos atores sociais, como o INSS e os empregadores. Mesmo quando os trabalhadores compartilharam experiências positivas (como citado por T.1), em um desliz no discurso, foi possível vê-lo mencionando

que o local de trabalho ainda requer ajustes. T.3 mencionou as obrigações e a sobrecarga impostas pelo local de trabalho e a necessidade de permanecer forte e parecer perfeitamente capaz de realizar as tarefas do trabalho; o sofrimento é agravado quando os trabalhadores não se sentem capazes de realizar uma tarefa, como apontado por T.4. O *quadro 2* mostra os sentimentos dos trabalhadores durante o RT.

Quadro 2. Fragmentos discursivos sobre os sentimentos dos trabalhadores durante o RT

“Ah... eu me senti um pouco inseguro no começo... assim com o movimento e de conseguir voltar a trabalhar, mas depois senti confiança e foi tranquilo, não tive problema”. T.1 (fala objetiva).

“Olha eu me senti assim humilhado [...] antes de eu me acidentar, a gente trabalhava; o meu superior lá chegava assim, conversava comigo... todo mundo conversava comigo e quando eu retornei eles começaram a fazer assim, a juntar no cantinho, uma conversinha aqui, outra conversinha aqui [...] já me medindo da cabeça aos pés”. T.2 (responde de maneira rápida e direta).

“[...] é como se você já tivesse se sentindo uma pessoa é... que já não tivesse servido, já não tivesse sendo mais útil, né [...] mexe muito com o psicológico [...] as pessoas te cobram isso [...] não vão avaliar a fundo se realmente você tá apto pra fazer aquilo novamente [...] Na verdade elas [empresas] querem uma produção, querem um rendimento... da sua parte [...] Aí você se sente um... não é bem assim, mas meio que inválido, porque... você quer fazer, mas você já não consegue mais... e as pessoas sempre te olhando com aquele ar de cobrança, sabe? Ou tipo assim, ele tá fazendo corpo mole pra não desenvolver o serviço dele... entendeu?!” T.4 (postura ansiosa, fica enrolando o papel com as mãos).

“Ah...sentimento de revolta... [expressão facial de lamentação] sentimento de revolta porque você não tem o atendimento certo que é pra você ter... por ter CAT [Comunicação de Acidente de Trabalho], tudo provando que você teve o acidente, teve uma lesão, tudo, passei pela perícia [...] e você... tem que trabalhar, às vezes com dor”. T.5.

“Olha... [leve sorriso de ironia] resumindo bem claro... um lixo, um nada, um cachorro sem dono [...] eu me senti um lixo mesmo, uma mendiga humana, uma parasita, porque eu fiquei totalmente dependente... de todo mundo. Hoje eu ainda sou dependente, mas eu pelo menos ainda ando, o dia que eu tô com dor eu fico deitada [...]Jentão eu não caí porque eu quis, eu não me joguei... foi um acidente e a firma... não deu assistência nenhuma [...]Jentão... eu não fui nada mais do que... um papel amassado que se joga no lixo. É o que eu estou até hoje, jogada pra traça”. T.6.

Fonte: preparado pelos autores.

Os trabalhadores apontaram sentimentos negativos sobre o processo de RT, como humilhação, revolta (indicados por T.2 e T.5) e profundo sofrimento manifestado por culpa, inutilidade e incompatibilidade com a produtividade e multifuncionalidade esperadas pelo mercado de trabalho (como disseram T.4 e T.6). O sofrimento dos trabalhadores se deteriora devido à necessidade constante de provar a (in)

capacidade e suas novas condições de saúde (conforme declarado por T.5). T.6 expressou através de um efeito metafórico que se sente como ‘cachorro sem dono’, ‘lixo’, ‘parasita’, ou seja, desamparado por todos, lutando por seu reconhecimento e aceitação. O *quadro 3* mostra considerações adicionais do RT feitas pelos participantes.

Quadro 3. Fragmentos discursivos sobre as considerações adicionais de RT

“Não foi respeitada [referindo-se a carta médica para mudança de função]. Fiquei na mesma função, só fizeram eu mudar de máquina, que a minha máquina era uma máquina média, ele [empregador] me botou numa máquina maior”. (risos irônicos). T.2

“A gente sempre espera, porque você se doa tanto... por alguém ou por uma empresa e depois você, meio que não era aquilo que você imaginava que fosse, né. Então é só assim, só uma questão de que os empregadores, né, olhassem com um pouco mais de atenção pro funcionário [...] você não pode sugar um... um ser humano como se ele fosse um... uma máquina, né... um instrumento que você põe lá, liga o botãozinho e vai...vai na sua função aí até você desgastar, não é assim, entendeu?! É uma vida e uma vida não tem preço”. T.4 (postura ansiosa).

“Próprio INSS... não reabilita a pessoa, a pessoa volta a trabalhar pior, depois volta de novo a afastar... não tem... validade nenhuma... o tratamento... não coincide a data... parece que eles fala... não tem a mesma língua, o INSS com o SUS... o tratamento, a pessoa certa, tem que ter um acompanhamento tanto por parte do INSS como do SUS”. T.5 (gesticula bastante com as mãos, indicando sequência/organização).

“[...] em todos os lugares que eu passei, não é feito esse trabalho com os funcionários, principalmente, por exemplo, o funcionário está dando problema, eles ficam trocando de lugar... eles não avaliam o porquê que está acontecendo, o que está acontecendo [...] e o grande problema que eu vejo é a chefia mal preparada”. T.8 (fala objetiva).

Fonte: preparado pelos autores.

No final de cada entrevista, ofereceu-se aos trabalhadores a oportunidade de fazer suas considerações finais. Todos eles reforçaram a invisibilidade da classe trabalhadora associada ao seu desrespeito histórico, principalmente com medidas punitivas (como vivenciado por T.2). Historicamente, os trabalhadores foram marcados pela exploração, falta de confiança e imposição hierárquica, sofrendo punições de diferentes áreas.

Discussão

Em muitas situações, os trabalhadores escondem seu sofrimento em uma estratégia defensiva para contorná-lo³ e por medo de retaliação e estigmatização por parte de supervisores e colegas. Por outro lado, muitos trabalhadores deixam a empresa porque não conseguem atender às exigências do trabalho. Os trabalhadores enfrentam dificuldades e sentimentos de constrangimento devido ao medo de julgamento e rotulagem por parte dos colegas, causado pela falta de preparo dos empregadores para oferecer um trabalho compatível com a nova condição²⁴.

Além do comprometimento físico e do sofrimento, os trabalhadores também enfrentaram a limitação dos serviços de saúde e dos profissionais no tratamento dos casos. Eles precisavam apresentar evidências que provassem sua incapacidade em várias situações. No entanto, nem sempre os empregadores e supervisores reconheceram isso, então eles tiveram que se submeter a tarefas inadequadas para suas habilidades, como foi experienciado por T.5. A falta de comunicação sobre as incapacidades dos trabalhadores também ocorreu entre os prestadores de saúde e o sistema de compensação. Às vezes, os trabalhadores são julgados como se estivessem fingindo sua situação por médicos, que negam a ligação do acidente ou doença com o trabalho, sugerindo uma “desqualificação do reconhecimento social do adoecimento pelo trabalho”²⁵⁽⁹⁾.

As novas condições de saúde dos trabalhadores em RT são frequentemente invisíveis para os empregadores, que, portanto, não oferecem possibilidades de adaptações ou mudanças de postos de trabalho. Os trabalhadores devem lutar para serem respeitados em suas necessidades e alcançar a readaptação adequada (como disse T.8), o que nem sempre é possível devido ao poder desequilibrado entre eles e os empregadores. Praticar um modelo colaborativo voltado para o gerenciamento da incapacidade, envolvendo diferentes atores sociais, incluindo o trabalhador, tem um impacto satisfatório no RT²⁶, resultando em ambientes modificados de acordo com as necessidades e condições de saúde dos trabalhadores. A invisibilidade é encontrada em muitas incapacidades musculoesqueléticas ou mentais. Se, por um lado, a patologia em si carrega esse traço, por outro, colegas e supervisores também tendem a ter dificuldades em reconhecer o problema. Nesse aspecto, colegas e supervisores não devem ser responsabilizados, pois frequentemente não estão cientes da natureza e evolução da doença e refletem a cultura organizacional.

A invisibilidade dos trabalhadores pode ser explicada por contradições nos modelos de desenvolvimento da saúde do trabalhador no país. Embora avanços tenham sido feitos nesses modelos, a determinação social do processo saúde-doença ainda é secundária, mantendo as ações focadas em instrumentos e normas limitadas ao local de trabalho²⁷.

As políticas de saúde pública brasileiras consideram o trabalho um determinante da saúde, e o SUS deve fornecer serviços e ações irrestritas voltadas para todos os trabalhadores. Nesse sentido, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) desempenha um papel importante na identificação e monitoramento dos impactos do sofrimento decorrente do trabalho na saúde da população pelo vínculo estabelecido com a sociedade e da visão holística no cuidado em saúde. Isso também promove a saúde dos trabalhadores, fortalecendo tais políticas e os direitos dos trabalhadores²⁸.

No entanto, um estudo apontou que as ações da RAS nesta área são desestruturadas e fragmentadas, apesar de a saúde do trabalhador ter um considerável arcabouço legal. As lacunas são identificadas como a falta de reconhecimento dos agravos do trabalho através dos pontos de entrada do SUS, ações de cuidado fragmentadas, desconhecimento da vigilância sobre órgãos de trabalho em saúde do trabalhador, realização de ações com uma natureza curativa em vez de preventiva, e a falta de protagonismo do trabalhador²⁹, denotando desafios na implementação do trabalho em rede e, consequentemente, na atenção integral à saúde³⁰.

Mesmo assim, o SUS se destaca como um importante ator social no processo de RT, onde o trabalhador busca assistência médica, diagnóstico de doenças e sua relação com o trabalho, tratamento, reabilitação e orientação. O Cerest atua e fornece suporte técnico a todos os serviços do SUS nas ações de saúde do trabalhador mencionadas.

O papel do SUS não dispensa os trabalhadores de buscar a prova da relação entre sua doença e o trabalho por meio de exames, laudos periciais ou o registro de comunicação de acidente de trabalho, o que, mesmo assim, pode levar ao não-reconhecimento pelo INSS³¹.

No INSS, os desafios enfrentados pelos trabalhadores no processo de RT são ampliados devido à retomada da avaliação com base no modelo biomédico para admissão à reabilitação e subsequente RT, que anula a apreciação pela equipe multiprofissional e enfatiza o aspecto físico para ser admitido em tal programa³².

As relações sociais no local de trabalho foram adversamente modificadas após a reintegração e fizeram com que os trabalhadores se sentissem excluídos e vítimas de preconceito e estigma, o que também aconteceu em outros lugares, como no sistema de compensação, mostrando a exclusão dos trabalhadores se não houver prova de sua incapacidade. Os participantes afirmaram que são negligenciados

e ignorados mesmo quando os trabalhadores têm algumas evidências. Um estudo sugere que os sistemas de compensação devem usar uma estrutura para reconhecer a relação entre acidentes ou doenças e o trabalho, pois, em alguns casos, a desconfiança dos especialistas médicos em relação aos aspectos psicossociais dos trabalhadores gera raiva, humilhação, constrangimento e impotência³¹.

Nesse contexto, as vivências dos trabalhadores emergiram em discursos verbais e não verbais, trazendo impactos da desarticulação dos atores sociais e das abordagens, com posturas que podem sugerir sentimentos e comportamentos resultantes das experiências durante o processo de afastamento do trabalho e RT, como angústia, estresse, tensão, sentimentos de desvalorização e descrença. No entanto, ao se posicionarem de forma objetiva, eles também podem expressar suas convicções e pontos de vista sobre a situação vivida.

Os trabalhadores se sentem culpados por esses sentimentos. É uma prática comum culpar os trabalhadores por erros e apontá-los como substituíveis, sem considerar como a organização e as condições do local de trabalho podem contribuir para acidentes e doenças³³. Quando a capacidade de trabalho e a produtividade dos trabalhadores são afetadas por problemas ocupacionais, eles são substituídos e abandonados.

A avaliação da incapacidade e os benefícios do INSS são concedidos após avaliação por um perito médico federal a trabalhadores com contrato de trabalho formal ou contribuintes da seguridade social³⁴. Esse fato atribui o reconhecimento do agravo do trabalho à análise da documentação fornecida pelo trabalhador, ao registro do acidente pelo empregador e ao cruzamento de dados relacionados à doença, ocupação e atividade econômica da empresa à qual o trabalhador está vinculado e está sujeito ao julgamento do médico perito.

Cabe a outros atores sociais, especialmente o setor de saúde pública, incorporar trabalhadores excluídos e implementar ações de cuidado e vigilância em saúde do trabalhador

de forma desarticulada. Este grupo compreende trabalhadores que não estão segurados pela Previdência Social ou que são inelegíveis para o Programa de Reabilitação desta organização para o retorno ao trabalho subsequente, dada a redução de seu objetivo para orientação profissional e a exclusão da “atenção em reabilitação física e psicossocial aos trabalhadores com incapacidades”³⁵⁽⁴⁾.

O trabalho é tão significativo e central na vida dos indivíduos³⁶ que problemas de saúde que comprometem o desempenho dos trabalhadores causam perda de identidade, como evidenciado por T.4. As sociedades ainda são marcadas pela lógica do mercado capitalista e são baseadas no consumismo. O poder está concentrado nas mãos de poucos, que permanecem com um comportamento individualista, desigual e hierárquico. Eles não mostram políticas sociais concretas baseadas em equidade, acesso e oportunidades justas para cada trabalhador³⁷, considerando as condições e necessidades dos indivíduos.

O impulso do capitalismo continua a deteriorar a saúde dos trabalhadores em favor dos lucros de uma maneira histórica, atualmente alcançando reduções e simplificações das normas de segurança do trabalho³⁸, com flexibilidade de contratos, novas formas de contratação e trabalho precário. A lógica capitalista e neoliberal molda a precariedade do trabalho, pois exige pesados fardos e explora os trabalhadores. Os lucros estão à custa da saúde, com impactos físicos e psicológicos nos trabalhadores. T.4 expressa essa reivindicação, pedindo uma perspectiva humana e holística dos empregadores em relação aos trabalhadores que ainda são ignorados como seres humanos e tratados de forma subordinada. A crescente demanda por produtividade faz dos trabalhadores as vítimas do capital e sua manipulação alienante, que escraviza os trabalhadores à sua lógica de manutenção do enriquecimento e da posição social daqueles que detêm o poder. Não se deve desconsiderar que as organizações exploram os trabalhadores ao limite,

impondo-lhe o sentido mais profundo de sua mercantilização: a abreviação de seu tempo de uso como resultado do aprofundamento, pelo adoecimento, de sua característica de mercadoria de alta descartabilidade³⁹⁽⁴²³⁾.

Os trabalhadores também apontaram que a falta de preparo institucional na gestão da saúde do trabalhador compromete sua constante realocação entre empregos. Não há diálogo entre trabalhadores e empregadores para investir em melhorias com base nas considerações dos trabalhadores. Essa desarticulação se estende aos sistemas de seguradora/compensação e de saúde (conforme citado por T.5), promovendo efeitos desastrosos na vida e na saúde dos trabalhadores, como a incapacidade para o trabalho e a perda de benefícios de compensação, além de impactos psicológicos, econômicos e sociais sobre os trabalhadores.

Isso também reforça a relevância e a necessidade de gerenciamento da incapacidade para o trabalho e a implementação de programas de retorno ao trabalho com uma abordagem biopsicossocial para os trabalhadores, considerando seus sentimentos e significados desencadeados pelo trabalho, além do ambiente de trabalho⁴⁰. Diferentes atores sociais devem estar envolvidos neste processo, como representações do local de trabalho, do sistema de saúde e da seguridade social. Além disso, a parceria deve ser promovida e a corresponsabilidade pelo RT deve ser destacada, além da participação ativa dos trabalhadores em todo o processo¹⁷.

No que diz respeito à interação entre seguradoras/compensação e sistemas de saúde, não há movimentos de cooperação, comunicação ou mesmo cruzamento de sistemas de informação que permitam entender as condições de saúde dos trabalhadores, com falhas no desempenho de ambos os setores⁴¹. A dificuldade na interação e colaboração também é vista mundialmente devido à fragmentação dos serviços e à restrição do tempo dos profissionais, o que leva ao uso insuficiente de informações e, consequentemente, às mesmas abordagens por diferentes atores sociais⁴², embora as políticas públicas tenham

disseminado o desenvolvimento de ações inter-setoriais ao longo do tempo.

A falta de diretrizes claras para sua efetivação na prática cotidiana dos serviços tem sido uma constante e seu efetivo exercício traz desafios aos setores envolvidos⁴³⁽⁴⁰⁴⁰⁾.

Devido à transferência de responsabilidade pela implementação de ações de saúde do trabalhador para os profissionais que as realizam e à falta de financiamento, as ações estão centralizadas no sistema de saúde⁴³.

Dessa forma, a intersetorialidade continua sendo um desafio para as ações de saúde do trabalhador. Diferentes atores sociais, com responsabilidades específicas para o mesmo público, realizam ações fragmentadas ou às vezes implementam ações confusas e sobrepostas causadas por uma má articulação. Esse cenário também reflete altas demandas de trabalho e um número insuficiente de profissionais para realizar ações de saúde do trabalhador⁴⁴, contribuindo para a falta de parceria.

Finalmente, a participação dos trabalhadores na tomada de decisões é um ponto de singular importância a ser considerado no processo de RT. Isso deve tornar as ações consistentes, uma vez que os trabalhadores conhecem todas as especificações de seu trabalho, identificando e analisando expectativas e estratégias incompatíveis com sua condição de saúde⁴⁵. Portanto, a liderança compartilhada e participativa é crucial para promover o diálogo, a escuta e a valorização de todos os envolvidos.

Este estudo tem limitações: A coleta de dados foi interrompida devido às restrições da pandemia de covid-19, que limitaram o número de entrevistas. No entanto, acredita-se que isso não comprometeu as descobertas e sua importância para o campo de pesquisa.

Considerações finais

A maioria dos trabalhadores ainda enfrenta um retorno ao trabalho difícil, agravado pela

falta de articulação de todos os atores sociais. Eles também mencionaram a falta de preparo, desrespeito e descaso institucional pela falta de assistência do sistema de compensação/seguro, que desconsiderou as condições de saúde dos trabalhadores, os dispensando precocemente, resultando em piora da incapacidade e aumento do sofrimento. Isso também perpetua a incipiência entre os setores em relação à saúde dos trabalhadores, trazendo sentimentos negativos e intensificando o sofrimento do trabalhador no processo de RT.

Dados os desafios desses trabalhadores, o Cerest se destaca em fornecer assistência e orientação a todos os trabalhadores e monitorar casos de agravos do trabalho. Também fornece suporte técnico aos serviços do SUS para ações de saúde do trabalhador e pode estabelecer parcerias com atores sociais. No entanto, suas ações de RT ainda são incipientes, enfatizando o aspecto individual e ações de natureza curativa.

Notavelmente, no contexto brasileiro, não há políticas específicas voltadas para o RT, o que contribui para ações fracas, falta de parceria entre os atores sociais e nenhuma participação ativa dos trabalhadores para garantir um RT seguro e sustentável.

Portanto, os atores sociais precisam avançar para estabelecer interação, discussões, colaboração e participação ativa dos trabalhadores para buscar um RT sustentado, focando principalmente em ajustes no local de trabalho e negociação para sua nova condição de saúde. No contexto brasileiro, isso significa fortalecer a articulação intra (ou seja, com diferentes serviços e profissionais do SUS) e intersetorial (ou seja, INSS, Cerest, regionais do Ministério do Trabalho e segurança e saúde ocupacional dentro das empresas).

O fortalecimento da APS e dos serviços de saúde do trabalhador é crucial para garantir estratégias adequadas de prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores, pois esses setores estão interligados e cuidam da saúde dos trabalhadores. Além disso, a APS poderia mapear o perfil de saúde dos trabalhadores em

sua área e trabalhar em conjunto com outros setores, como vigilância no local de trabalho, para buscar ambientes de trabalho seguros e saudáveis.

Pesquisas que abordam dificuldades operacionais e de interação com os atores sociais contribuem para o desenho de estratégias para enfrentar obstáculos, adaptar a abordagem e aumentar o envolvimento do trabalhador no processo de RT.

Colaboradores

Freitas KG (0000-0003-1282-4894)* contribuiu para a concepção e desenho do trabalho; aquisição, análise e interpretação de dados

para o trabalho; redação do manuscrito e revisão crítica do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada. Baptista PCP (0000-0003-1433-6456)*, Camarotto JA (0000-0003-2578-609X)*, Silva JAM (0000-0002-8307-8609)* e Miranda FM (0000-0003-2198-2827)* contribuíram para a análise e interpretação do trabalho; redação do manuscrito e revisão crítica do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada. Mininel VA (0000-0001-9985-5575)* contribuiu para a concepção e desenho do trabalho; análise e interpretação de dados para o trabalho; redação do manuscrito e revisão crítica do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. World Health Organization. Protecting workers' health [Internet]. Geneva: WHO; 2017. [accessed 2023 Nov 2]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers'-health>
2. Amaral GA, Mendes AMB, Chatelard DS, et al. Siting the Concept of Sublimation within the Psychodynamics of Work. *Revista Polis e Psique* [Internet]. 2017 [accessed 2024 Dec 20];7(3):200-23. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2017000300012&lng=pt&tlng=
3. Dejours C. Trabajar hoy: Nuevas formas del sufrimiento y de acción colectiva. In: Wlosko M, Ros C, coordinación general y compilación. *El trabajo entre el placer y el sufrimiento*. Provincia de Buenos Aires: Edunla Cooperativa; 2019. p. 51-69.
4. Dejours C. Psychodynamique du travail et politique: quels enjeux ?. *Travailler*. 2016;36(2):75-90. DOI: <https://doi.org/10.3917/trav.036.0075>
5. Rudbeck M, Johansen JP, Omland Ø. A Follow-Up Study on Return to Work in the Year After Reporting an Occupational Injury Stratified by Outcome of the Workers' Compensation System. *JOEM*. 2018;60(6):542-7. DOI: <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001274>
6. Bubonya M, Cobb-Clark DA, Wooden M. Mental health and productivity at work: Does what you do matter? *Labour Economics*. 2017;46:150-65. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2017.05.001>
7. Internacional Labour Organization. Safety and Health at the Heart of the Future of Work - Building on 100 years of experience [Internet]. Geneva: ILO;

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- 2019 [accessed 2023 Nov 3]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_687610.pdf
8. Coelho RM, Nunes MAP, Gomes CVC, et al. Time trends and social security burden of temporary work disability due to chronic venous disease in Brazil. *BMC Public Health*. 2020;20(477). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08563-2>
 9. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*. 2019;394:345-56. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)
 10. Ministério da Saúde (BR), Vigilância em Saúde e Ambiente, Saúde do Trabalhador. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador [Internet]. [accessed 2024 Dec 20]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador/renast>
 11. Vargas AC, Santos ACT, Souza RM, et al. Users' perception of a professional rehabilitation service. *Rev Bras Saude Ocup*. 2017;42:e11. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-636900011716>
 12. Bilodeau K, Tremblay D, Durand MJ. Exploration of the contexts surrounding the implementation of an intervention supporting return-to-work after breast cancer in a primary care setting: starting point for an intervention development. *J Multidiscip Healthc*. 2018;11:75-83. DOI: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S152947>
 13. Ansoleaga E, Garrido P, Domínguez C, et al. Return to work enablers for workers with work-related mental illness. *Rev Med Chile*. 2015;143:85-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000100011>
 14. Pardo JMV, García AL-G. Psychosocial Factors as Predictors for Difficult Labor Return after Incapacity. *Med Segur Trab* [Internet]. 2018 [accessed 2024 Dec 20];64(250):50-74. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v64n250/0465-546X-mesetra-64-250-00050.pdf>
 15. Corbière M, Negrini A, Durand M-J, et al. Validation of the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) with Workers Suffering from a Common Mental Disorder or Musculoskeletal Disorder. R-982 Studies and Research Projects. Montréal: IRSST; 2017. DOI: <http://doi.org/10.13140/RG.2.2.14662.93762>
 16. Cullen KL, Irvin E, Collie A, et al. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *J Occup Rehabil*. 2018;28:1-15. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9690-x>
 17. Lima MAG, Carvalho RCP, Andrade AGM, et al. Logical model of a return to work program: guiding tool to prevent disability. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2019;44:e29. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000018318>
 18. Takahashi MABC, Simonelli AP, Sousa HP, et al. Rehabilitation program for of workers with RSI/WRMD at Cerest-Piracicaba, São Paulo, Brazil. *Rev bras Saúde ocup*. 2010;35(121):100-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000100011>
 19. Bartilotti CB, Andrade PR, Varandas JM, et al. Extended rehabilitation program: a multidimensional approach to the occupational rehabilitation process. *ACTA FISIATR* [Internet]. 2009 [accessed 2024 Dec 20];16(2):66-75. Available from: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/view/103169/101558>
 20. Pêcheux M. Língua, linguagens, discurso. In: Piovezani C, Sargentini V, organizers. *Legados de Michel Pêcheux: inéditos em análise de discurso*. São Paulo: Contexto, 2011. p. 63-76.
 21. Orlandi EP. *Análise de Discurso: Princípios e Procedimentos*. Campinas: Pontes; 2015. 100 p.
 22. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2013 jun 13 [accessed 2024 Dec 11]; Seção I:59. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

23. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2016 maio 24 [accessed 2024 Dec 11]; Seção I:44-46. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
24. Pina JA, Stotz EN, Jackson Filho JM. "Compatible" Workers, a Compound Fracture in the Automobile Industry: Intensification of Labor and the Health Implications. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(7). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114017>
25. Silveira AL, Merlo ARC. Work and Disease: Temporalization of Agro-Industry Workers. *Rev Subjet*. 2019;19(3):1-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.rs.v19i3.e9131>
26. Mustard CA, Skivington K, Lay M, et al. Implementation of a disability management policy in a large healthcare employer: a quasi-experimental, mixed-methods evaluation. *BMJ Open*. 2017;7:e014734. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014734>
27. Hurtado SLB, Simonelli AP, Mininel VA, et al. Workers' health policies in Brazil: historical contradictions and possibilities for development. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(08):3091-102. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.04942022>
28. Nascimento MM, Silva Júnior VB. The importance of occupational health in primary care. *Braz J Health Rev*. 2024;7(2):1-13. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n2-033>
29. Silva MF da, Mieiro DB, Camarotto JA, et al. Workers' Health Surveillance from managers' and decision-makers' perspectives. *Rev bras saúde ocup*. 2023;48:e1. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/05221pt2023v48e1>
30. Barros LM, Lima MAG, Neves RF. Long-Term Work Disability: Loss of Rights, Survival and Tangency of Primary Health Care. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;29(9):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.01422023>
31. Zavarizzi CP, Alencar MCB. Work leave and therapeutic pathways of workers affected by RSI/WRMSD. *Saúde debate*. 2018;42(116):113-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811609>
32. Kulaitis F, Silva KC. Recent changes in the Brazilian Social Security Institute's professional rehabilitation program. *Trab educ saúde*. 2022;20:e00335165. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00335>
33. Araújo MRM, Morais KRS. Labor precariousness and the worker's overthrow process. *Cad Psicol Soc Trab*. 2017;20(1):1-13. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v20i1p1-13>
34. Ferreira LP, Mello MCMB, Souza FNF, et al. Work-Related Voice Disorder: Achievements and Challenges in Latin America. *São Paulo: Sintropia*; 2022. 402 p.
35. Tessarro MTV, Querol MAP, Almeida IM. Challenges of the vocational rehabilitation developed by the Brazilian Social Security Institute (INSS): a cultural-historical approach. *Rev Bras Saude Ocup*. 2022;47:e12. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/26320pt2022v47e12>
36. Dejours C, Deranty J-P, Renault E, et al. The Return of Work in Critical Theory: Self, Society, Politics. *New York: Columbia University Press*; 2018. 248 p.
37. Drolet M-J, Désormeaux-Moreau M, Soubeyran M, et al. Intergenerational occupational justice: Ethically reflecting on climate crisis. *J Occup Sci*. 2020;27(3):417-31. DOI: <https://doi.org/10.1080/14427591.2020.1776148>
38. Alcantara AC. Worker's health in times of social insecurity. *SER Soc*. 2020;22(47). DOI: <https://doi.org/10.26512/sersocial.v22i47.25515>

39. Antunes R, Praun L. The society of illness at work. *Serv Soc Soc*. 2015;123:407-27. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.030>
40. Loisel P, Durand MJ. Applying transdisciplinary to the complexity of work disability prevention [Internet]. Québec: Université de Sherbrooke; 2005 [accessed 2024 Dec 11]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Patrick-Loisel/publication/267956389_Applying_transdisciplinarity_to_the_complexity_of_work_disability_prevention/links/550f06a70cf2ac2905adfd47/Applying-transdisciplinarity-to-the-complexity-of-work-disability-prevention.pdf
41. Vaitsman J, Lobato LVC. Continuous Cash Benefit (BCP) for disabled individuals: access barriers and intersectoral gaps. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(11):3527-36. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.20042017>
42. Lammerts L, Schaafsma FG, Mechelen WV, et al. Execution of a participatory supportive return to work program within the Dutch social security sector: a qualitative evaluation of stakeholders' perceptions. *BMC Public Health*. 2016;16(323). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2997-x>
43. Lancman S, Daldon MTB, Jardim TA, et al. Workers' health intersectoriality: old questions, new perspectives? *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(10):4033-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.27572018>
44. Lancman S, Bruni MT, Giannini R, et al. Working in health and safety at work: reflections on the construction of an integrated policy. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(11):4265-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022711.06272022>
45. Gray P, Senabe S, Naicker N, et al. Workplace-Based Organizational Interventions Promoting Mental Health and Happiness among Healthcare Workers: A Realist Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(22):4396. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16224396>

Recebido em 01/12/2023

Aprovado em 27/09/2024

Conflito de interesses: inexistente

Apoio financeiro: o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código Financeiro 001

Editor responsável: Ronaldo Teodoro