

Incapacidade prolongada para o trabalho: perda de direitos, sobrevivência e tangenciamento da atenção primária à saúde

Long-term work disability: loss of rights, survival and tangency of primary health care

Luiza Monteiro Barros (<https://orcid.org/0000-0002-5941-393X>)¹

Mônica Angelim Gomes de Lima (<https://orcid.org/0000-0003-3364-8439>)²

Robson da Fonseca Neves (<https://orcid.org/0000-0002-3889-560X>)³

Abstract *This article aims to explore the experience of long-term work disability (LWD) of users-workers in primary health care (PHC), understanding the therapeutic itineraries and the search for social protection, the elements that contribute to the incapacitation process and the strategies constructed for living with this condition. LWD is a multidimensional phenomenon, with a negative impact on the lives of workers, families and society. PHC has an important role in caring for people on leave from work. This is a qualitative, descriptive-exploratory study of the daily lives of people in situations of LWD. The comprehensive perspective guides the analysis of data co-produced in interviews and field observation. Cross-cutting themes such as social lack of protection, lack of communication and co-operation between key actors that enhance or mitigate LWD were recognised. The social support network proved to be important to access health care and to avoid social decadence. The Family Health Strategy, with technical support in Occupational Health, emerges with potential in the production of care for worker-users, although the fragility of maintaining long-term care.*

Key words *Occupational health, Primary health care, Vulnerability, Experience*

Resumo *O artigo objetiva explorar a experiência da incapacidade prolongada para o trabalho (IPT) de usuários-trabalhadores na atenção primária à saúde (APS), compreendendo os itinerários terapêuticos e de busca de proteção social, os elementos que contribuem para o processo de incapacitação e as estratégias construídas para viver com essa condição. A IPT é um fenômeno multidimensional, com impacto negativo na vida do trabalhador, da família e da sociedade. A APS tem papel relevante no cuidado de pessoas em afastamento do trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo-exploratório, apoiada no estudo do cotidiano de pessoas em situação de IPT. A perspectiva compreensiva orienta a análise dos dados coproduzidos em entrevistas e em observação de campo. Foram reconhecidos temas transversais, como a desproteção social e a falta de comunicação e cooperação entre os atores-chave que potencializam ou atenuam a IPT. A rede de apoio social mostrou-se importante para acessar a assistência à saúde e para evitar a decadência social. A Estratégia de Saúde da Família, com a retaguarda técnica em saúde do trabalhador, emerge com potencial na produção do cuidado aos usuários-trabalhadores, embora permaneça a fragilidade em manter a longitudinalidade do cuidado.*

Palavras-chave *Saúde do trabalhador, Atenção primária à saúde, Vulnerabilidades, Experiência.*

¹ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Av. Horácio Macedo s/n, Ilha do Fundão – Cidade Universitária. 21941-598 Rio de Janeiro RJ Brasil. luimbarros@hotmail.com

² Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia. Salvador BA Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa PB Brasil.

Introdução

A incapacidade prolongada para o trabalho (IPT) é um dos principais problemas de saúde pública da atualidade¹. Tem sido entendida como a impossibilidade de permanecer no trabalho ou o não retorno ao trabalho por uma condição de saúde que dura mais de seis meses¹. Trata-se de um fenômeno multicausal e multidimensional decorrente da relação indivíduo-contexto, que inclui a interação com os sistemas de saúde e proteção social, o local de trabalho, a família e a comunidade; e demanda intervenções complexas sob um panorama sociocultural e político-econômico².

No Brasil, o termo IPT não é utilizado, e a incapacidade para o trabalho (IT) é abordada distintamente pelos sistemas da seguridade social – Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)³. O INSS define incapacidade laboral como “a impossibilidade de desempenho das funções específicas de uma atividade, função ou ocupação habitualmente exercida pelo segurado, em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente”⁴ (p. 26).

Dessa forma, prevalece neste diagnóstico e acompanhamento o modelo biomédico, unidirecional e centrado na decisão médica³, que avalia quanto ao grau, se parcial ou total; à duração, se temporária ou indefinida; e ao desempenho, se uniprofissional, multiprofissional ou omni-profissional. A invalidez é configurada para aposentadoria quando há incapacidade total, permanente ou com prazo indefinido, omni-profissional/multiprofissional e insuscetível de recuperação ou reabilitação profissional⁴.

Na Previdência Social não há limite de tempo para a definição da aposentadoria por invalidez, mas para o servidor público é concedida após licença para tratamento por período superior a 24 meses, sem condições de retorno ao trabalho⁵. No âmbito do SUAS, o trabalhador, para ser elegível ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) por deficiência, deve apresentar impedimentos de longo prazo, de no mínimo dois anos, “de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (p. 43), entre outros requisitos³.

O conceito de deficiência e incapacidade baseado no modelo biopsicossocial passou a integrar o regulamento do BPC a partir de 2009;

está previsto na avaliação da deficiência da Lei nº 13.146, de 2015 (LBI), e no manual técnico de procedimento de reabilitação profissional, de 2016⁴. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é referência para o modelo biopsicossocial nessas políticas públicas. A CIF define deficiência como as alterações nas funções ou nas estruturas do corpo. Quanto à incapacidade, esta abrange deficiência, limitação na atividade e restrição na participação social; resulta de aspectos negativos da interação dinâmica entre a condição de saúde do indivíduo, os fatores pessoais e os fatores ambientais^{4,6}.

Em vista disso, apesar do afastamento do trabalho se iniciar em geral por uma condição de saúde, no Brasil o prolongamento da incapacidade está relacionado, em grande medida, às barreiras impostas aos trabalhadores pelos sistemas da seguridade social^{1,7}. O afastamento do trabalho superior a 12 semanas e o atraso das intervenções de saúde são tidos como prognósticos negativos para o retorno ao trabalho^{8,9}. A falta de comunicação, a atuação descoordenada e contraditória dos atores-chave e tomadores de decisão envolvidos confunde o trabalhador, que, mesmo desejando retornar ao trabalho, sente-se inseguro e até incapaz^{2,9}.

Por conseguinte, a IPT leva à privação material, comprometendo a subsistência e o cotidiano do trabalhador e da família^{2,10,11}. A perda de direitos e da participação social no trabalho desencadeia um processo de decadência social, de desconstrução da identidade profissional e de deterioração da saúde, marcando uma ruptura biográfica do indivíduo e de sua família^{7,10,11}.

O crescimento da IT em âmbito mundial, seus impactos negativos para o trabalhador, a família e a sociedade, com ônus para a economia dos países, tem despertado o interesse de instituições e organizações públicas e privadas, bem como da sociedade^{2,12}. No Brasil, os gastos estimados de despesa previdenciária com aposentadoria por invalidez no período de 2012 a 2021 foram de R\$545,7 bilhões. Só em 2021 foram 22,3 mil dias de trabalho perdidos e 1,8 bilhão pagos com auxílio-doença por acidente de trabalho. Esses dados se limitam aos trabalhadores assalariados com carteira assinada, excluindo os informais, que representam 40,1% da população ocupada¹³.

As mudanças no mundo do trabalho estão pautadas na competitividade, na individualização e na flexibilização, e exigem que o trabalhador desenvolva competências para responder às demandas do mercado financeiro e do avanço

tecnológico. Tem sido registrado o quanto o trabalhador que não consegue acompanhar esse ritmo é conduzido a um processo de desestruturação social, exclusão e adoecimento, configurado na condição da IPT¹⁴.

Os retrocessos dos direitos sociais incidem no aumento da informalidade laboral e da vulnerabilidade social¹⁴. Essa “informalização” se manifesta no crescimento das atividades produtivas domiciliares e peridomiciliares no território, que se estabelecem, em sua maioria, de forma insegura, favorecendo a “domiciliação do risco” ocupacional de danos à saúde e de IT¹⁴⁻¹⁶.

Diante do impacto econômico e social consequente do adoecimento e dos afastamentos do trabalho, estudos têm se concentrado principalmente nos desafios de certificação da doença pelo profissional médico e na dificuldade de avaliar aspectos ocupacionais e psicossociais. O desconhecimento sobre o ambiente, o processo e a organização do trabalho limitam a avaliação multidimensional da relação indivíduo-contexto e dificultam políticas de reabilitação vocacional^{17,18}.

No que respeita ao SUS e à Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do trabalhador (RE-NAST), o cuidado ao trabalhador se insere no contexto da atenção primária à saúde (APS), cujo modelo preferencial é a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta se caracteriza pela delimitação e compreensão do território adstrito em seus diversos aspectos e a vinculação dos respectivos usuários às equipes de saúde da família (eSF). Pretende-se que o papel da ESF na saúde do trabalhador abranja desde as ações de prevenção aos agravos e o manejo dos casos de afastamento até a prevenção da IPT¹⁹.

Apesar dos esforços e avanços no campo da saúde do trabalhador, sua institucionalização na APS ainda se mostra inconsistente¹⁹. Há pouca visibilidade do usuário como trabalhador e da influência do trabalho no processo saúde-doença, produzindo uma abordagem pouco efetiva nos casos de afastamentos do trabalho por adoecimento, além da consequente subnotificação dos casos²⁰.

Este artigo explora a experiência da IPT, por meio da compreensão do processo de incapacitação, as indicações dos itinerários terapêuticos e a busca por proteção social, e discute as estratégias adotadas por usuários(as)-trabalhadores(as) para viver esta condição no âmbito da APS. Essas informações serão importantes para embasar o diálogo entre as equipes técnicas de saúde do trabalhador e eSF sobre a condição de saúde-inca-

pacidade para o trabalho, com vistas à prevenção da IPT.

Percurso teórico metodológico

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo e exploratório, inspirado na fenomenologia social de Alfred Schutz²¹, para uma compreensão das experiências da vida cotidiana de usuários-trabalhadores com IPT no território de uma Unidade de Saúde da Família. A primeira autora, fisioterapeuta, especialista em saúde da família, com atuação no Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB), participa do projeto Saúde do Trabalhador na APS, em aproximação com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST/CESAT).

Segundo a fenomenologia social, a vida cotidiana se insere no mundo da vida, que embora seja posto, transcorre em um palco de significações no qual a ação social se produz nas interações intersubjetivas, em um fluxo contínuo de comunicações, atos e reações, compondo as experiências. Cada indivíduo o modifica, produzindo o próprio mundo, segundo suas motivações, seu estoque de conhecimento das experiências prévias pessoais e alheias, e sua situação biográfica. Dois tipos de motivos impelem o indivíduo a agir, “o motivo a fim de”, a intenção pela qual o processo da ação será feito e o “motivo por que”, que se refere às causas que determinaram o ato depois de realizado²¹.

Os participantes da pesquisa são os trabalhadores com IPT domiciliados no território adstrito à USF em um bairro em Salvador, Bahia, com população de 12.095 habitantes. A USF é organizada em cinco equipes de saúde da família. Cada equipe comporta um total de seis agentes comunitários de saúde (ACS), que recebem apoio do NASF-AB.

Esse bairro apresenta heterogeneidade socio-demográfica e geográfica; caracteriza-se por contraste de condomínios de luxo com aglomerações em favela, revelando uma população de classe social média alta, pobre e miserável, além de dispor de equipamentos sociais e públicos e serviços da rede de atenção à saúde²².

Os atores da pesquisa foram levantados pelas ACS e pelas fisioterapeutas do NASF-AB, considerando os critérios de inclusão a seguir: trabalhadores da economia formal ou informal, de ambos os sexos, na faixa etária de 18 a 65 anos, com IPT, com pelo menos seis meses de afastamento do trabalho em decorrência de doença ou

agravo relacionado ao trabalho ou não, residente no território da USF.

Foram feitas entrevistas em profundidade com oito usuários-trabalhadores, norteadas pela questão disparadora: “Conte-me sobre sua vida/ Conte-me sua história”. As entrevistas foram realizadas na moradia dos usuários, no período de outubro a dezembro de 2019, registradas em áudio e duraram de 25 a 65 minutos. Para este artigo foram utilizadas entrevistas de seis dos oito usuários.

As entrevistas foram transcritas e revisadas, seguidas de leituras sucessivas, produzindo-se uma síntese inicial de cada interação. Adotou-se a análise temática proposta por Braun e Clarke²³, desenvolvida em seis etapas: familiarização com seus dados, geração de códigos iniciais, busca por temas, revisão de temas, definição e nomeação de temas, produção do relatório; sendo apresentada em: vida laboral – passado, presente e o *dever*, processo de adoecimento e a incapacitação para o trabalho, configuração da incapacidade para o trabalho, trajetórias entre o itinerário terapêutico e itinerários burocráticos.

Este último tema fundamentou teoricamente o presente artigo, no qual emergiram as seguintes categorias: entre assistências e desassistências na saúde; incertezas nos encontros com a previdência e a assistência social; a reabilitação profissional; e o não retorno ao trabalho.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Parecer nº 3.463.410, de 21 de maio de 2019, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFBA.

O TCLE foi apresentado, esclarecido e assinado, respeitando os princípios bioéticos da pesquisa expostos nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e 510/2016. Houve a substituição dos nomes por pseudônimos.

Resultado e discussão

O Quadro 1 apresenta os participantes deste estudo, com distintas experiências de IPT, em que as opressões interseccionais e as desigualdades socioeconômicas perpassam o cotidiano, os territórios e os corpos desses sujeitos. São quatro mulheres e dois homens, negras/negros, na faixa etária de 41 a 53 anos, com renda mensal de um a dois salários-mínimos. Apenas três concluíram o ensino médio e dois não saíram do ensino fundamental; para todos predomina o processo escolar descontínuo. Dois homens solteiros, um casado, e três mulheres separadas e mães solo. Quatro

têm casa própria e dois casa cedida por familiar, não pagavam aluguel.

Compõem um grupo de desempregados e trabalhadores informais com variadas atividades. Vida laboral iniciada na infância e inserção no mercado de trabalho na economia informal e com vínculos frágeis no mercado formal. As condições de saúde predominantes foram distúrbios musculoesqueléticos (DME), uma situação de acidente de trabalho típico e um quadro pós-acidente vascular cerebral (AVC).

A concessão de auxílio-doença da Previdência Social variou de quatro meses a dez anos. A contribuição descontínua à Previdência Social justificou a não concessão do benefício. A assistência social está presente por meio do Bolsa Família e o processo burocrático para concessão do BPC, no caso mais grave, arrasta-se sem previsão.

Frente à restrição na participação social no trabalho e às limitações pela condição de saúde, os usuários-trabalhadores buscam a subsistência realizando outras atividades avulsas, como venda de picolé e prestação de serviço doméstico. Dos que se encontram restritos ao próprio domicílio, um vende cosméticos, roupas e calçados por meio de comunicação virtual pelo aplicativo WhatsApp, e outro capacita pessoas próximas em decoração de eventos com balões para manter a clientela.

As experiências progressas e recentes desses trabalhadores – o arranjo e convivência familiar, o trabalho infantil, a dificuldade de escolarização, a intermitência e a inserção em trabalhos precarizados – compõem parte da situação biográfica desses sujeitos e se sedimentam no estoque de conhecimento²¹. Aspectos psicossociais e sociodemográficos individuais foram identificados como possíveis preditores da IPT¹, como barreira para o retorno ao trabalho e retratam a desvantagem social que grupos subalternizados enfrentam para conseguirem se manter inseridos no mundo do trabalho pós-adoecimento^{24,25}.

O agravamento da condição de saúde e o iminente afastamento do trabalho é um momento de ruptura; interfere na representação da doença, com importante impacto na vida do trabalhador e impõe que o indivíduo se reorienta para outras atividades para mitigar o problema¹⁷. O processo de reconhecimento e legitimação de doenças e sua tradução como incapacidade para o trabalho na lógica da Previdência Social é amplamente descrito como o primeiro e significativo desafio dos trabalhadores^{7,26}.

A legitimação da doença tem seu papel na permissão de desvelar esse sofrimento e suas repercussões no comportamento do indivíduo,

Quadro 1. Caracterização dos participantes da pesquisa

Nome	Idade	Escolaridade	Vida laboral e ocupação	Estado civil e filhos	Condição de saúde	Renda mensal familiar	Situação com a previdência/ Assistência social
Mércia	54 anos	ensino médio completo	Trabalho infantil Manicure e cabeleireira há 33 anos (inicialmente com carteira assinada, depois como autônoma)	solteira	DME* envolvendo membros superiores, região cervical e lombar	Menos de um salário mínimo	Sem benefício, contribuiu com a previdência social de forma intermitente, teve o pedido de auxílio-doença indeferido
Célia	41 anos	ensino médio completo	Decoradora de eventos (autônoma)	Separada, 1 filha	Politrauma** (após queda de escada durante o trabalho)	Menos de um salário mínimo	Sem benefício, contribuiu com a previdência social de forma intermitente teve o pedido de auxílio-doença indeferido
Janete	41 anos	ensino médio completo	Demonstradora de cosméticos (carteira assinada) Manicure e cabeleireira (autônoma)	Separada 2 filhos	DME envolvendo principalmente região lombar	Sem renda	Recebeu auxílio-doença por 4 meses, Contribuiu com a previdência de forma intermitente, não conseguiu renovar. Recebe bolsa família
Solon	52 anos	ensino médio incompleto	Trabalho infantil Trabalho com carteira assinada e como autônomo em diferentes ocupações Repositor	Separado 2 filhas	DME envolvendo ombro	Até um salário mínimo	Sem benefício Contribui com a previdência por 22 anos, recebeu auxílio-doença por 4 meses, não conseguiu renovar. Recebe bolsa família
César	56 anos	ensino fundamental completo	Trabalho infantil em família Pintor em construção civil (autônomo e carteira assinada em um hotel)	Casado 2 filhos	DME envolvendo região cervical, ombro e região lombar.	Até dois salários mínimos	Sem benefício Totalizou 10 anos de afastamento, com tentativas de retorno ao trabalho, recebeu auxílio-doença nesse período.
Sueli	43 anos	ensino fundamental completo	Trabalhou com carteira assinada como empregada doméstica, por pouco tempo Cabeleireira (aplicação de <i>megahair</i>) autônoma	Solteira 3 filhos	AVC*** com seqüela principalmente no membro superior direito	Menos de um salário mínimo	Sem benefício Aguarda BPC Recebe bolsa família

* DME – distúrbio musculoesquelético; ** fratura no pé e membro superior direito por acidente de trabalho; *** AVC – acidente vascular cerebral.

Fonte: Autores.

abrindo possibilidades para iniciar o itinerário terapêutico, que se concebe em um movimento não linear de decisões, ações e interações entre sujeitos e serviços²⁷. Considera-se que duas ordens de explicação influenciam a tomada de decisão: uma cognitiva, relacionada a valores, emoções e representações, e a socioeconômica, que diz respeito às desigualdades sociais e sua relação com classe social, gênero, raça e questões familiares e comunitárias²⁷.

O itinerário terapêutico de pessoas em situação de vulnerabilidade social, como esses usuários, está inicialmente marcado pela automedicação, a exemplo do uso de chás e da repetição de remédios previamente prescritos, seguida de procura de serviços informais, como cuidados tradicionais e/ou serviços de saúde formal, a depender dos resultados^{28,29}. Na presença de sintomas que interferem na atividade laboral e precisam ser silenciados, o principal recurso foi a automedicação^{25,30}. Para Janete, trabalhar com dor era o usual; quando exacerbava, fazia uso de analgésicos sem prescrição e de chás: [...] *o chá que as irmãs (amigas da igreja) traziam, unha de gato, espinheira santa, “tome isso, tome aquilo” e nada resolve, e acha que vai resolver, faz assim achando que vai resolver, e não resolve, remédio não resolve* (Janete).

Embora a automedicação de forma indiscriminada e a ausência de um acompanhamento longitudinal tragam prejuízos à saúde do indivíduo, há também barreiras de acesso que incidem para que os trabalhadores informais e desempregados utilizem menos os serviços de saúde, apesar de apresentarem condições de saúde mais graves²⁹.

Entre assistências e desassistências na saúde

Mércia frequentava a Unidade Básica de Saúde (UBS) num outro bairro para tratar de parte de seus problemas de saúde; quando piorava, comprometendo o trabalho, dirigia-se à Unidade de Pronto Atendimento (UPA). No limite dessa busca de legitimação da dor, é preciso recorrer ao setor privado, dentro de uma margem estreita de possibilidade de arcar com o custo dessa “consulta médica”. Para Mércia, confrontar essa condição é constrangedor:

[...] aí quando eu cheguei lá, com uma vergonha, que eu sei que lá é particular e convênio, eu cheguei e falei com os seguranças [...] “a consulta vai sair por 80 reais e se senhora pagar no cartão é 150,00”, [...] eu tinha 100 reais na bolsa [...] eu

disse “então eu vou fazer uma consulta aqui”, aí eu tive que pagar um reumatologista para mim, foi aí onde ela passou pra mim uma série de exames, que descobriu mesmo que eu tenho síndrome do túnel carpo (Mércia).

A construção de redes de apoio sociais de entajuda com familiares, vizinhança e equipamentos sociais disponíveis, como igrejas e associações, compõe os itinerários terapêuticos frente às vulnerabilidades^{27,30}. Alguns estudos apontam as barreiras de acesso relacionadas à organização do serviço expressas na dificuldade de marcar consulta, de conseguir vaga e no horário de funcionamento da unidade de saúde, além das barreiras geográficas aos usuários que trabalham em outro bairro e não são considerados adscritos da USF, ou na ausência de UBS próxima ao local de trabalho. A expansão do horário de funcionamento para o turno da noite é uma tentativa de minimizar as barreiras de acesso para o trabalhador^{20,32,33}.

A escolha dos indivíduos na busca do cuidado decorre também das experiências prévias nas relações sociais e com os serviços de saúde. Mércia acabou se afastando da USF após uma situação incômoda, como se pode ler no trecho a seguir,

[...] já não aguentava mais [esperar], aí quando foi dando assim umas cinco e pouca, eu fui dizendo “Meu Deus eu vou embora, eu não tenho mais condição de ser atendida por essa mulher [médica] não, porque se ela sair na porta e me chamar, essa consulta vai ser péssima”, aí eu vim embora [...] eu me chateei, não fui mais lá, eu sempre ia no posto lá no Chame-Chame, na igreja Santa Terezinha, lá é bom (Mércia).

Os relatos desses usuários expõem as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a desassistência e um cuidado fragmentado. A cobertura da ESF no território não é garantia de acessibilidade ao cuidado. As barreiras organizacionais e atitudinais e a insatisfação com a assistência levam os usuários a buscarem serviços de saúde em outros bairros, onde se sentem mais acolhidos^{20,32,33}. Em contrapartida, há experiências de trabalhadores que conseguiram acessar a APS com produção de cuidado à saúde, embora haja lacunas em saúde do trabalhador³⁴.

Neste estudo, o contato com a ACS e com a profissional do NASF-AB é registrado como suporte social no enfrentamento das situações, diante da escassez de recursos materiais, como para Célia: *A ACS me ajudou, trouxe alguém [fisioterapeuta] aqui, aí estou fazendo esses exercícios que me ensinaram em casa*. Para Janete, a

relação com o médico especialista contrasta com a eSF e o NASF-AB:

O médico (da eSF) pediu que eu fosse ver o especialista, mas é muito longe; quando eu conseguia ir, é que a gente marcava [...], chegava lá, o médico nem pra mim olhava, sabe? Eles dizem assim: “tem que fazer um tratamento”, mas eles não encaminham, não fazem nada, quem está fazendo alguma coisa por mim é o posto; tipo, mobilizou a fisioterapeuta que vem toda semana fazer a fisioterapia, e o doutor [da eSF] que me acompanha (Janete).

No itinerário terapêutico dos usuários-trabalhadores informais, contribuintes intermitentes da Previdência Social e com uma condição de saúde que restringe a participação social no trabalho, o atendimento pelo NASF-AB tem sido um ponto central perante a dificuldade de acessar a atenção secundária do SUS e a impossibilidade de pagar clínicas populares e o transporte.

No encontro com a eSF há também registro da produção de cuidado, como no caso de Sueli, que recém-chegada na comunidade, com apoio de familiares para recomeçar a vida depois de um AVC e desempregada, passou a receber uma atenção no acompanhamento de diversas demandas de saúde, incluindo suporte da terapeuta ocupacional do NASF-AB na identificação de novas possibilidades de ocupação, frente à necessidade de cuidar dos filhos e de levantar alguma renda.

No caso de Sólon, que costumava acessar a UPA e médicos em bairros distantes para tratar o diabetes e as dores do ombro, a eSF, com o suporte do CESAT/CEREST no apoio matricial em saúde do trabalhador (ST), acolheu-o e realizou encaminhamentos seguros na rede de atenção à saúde e acompanhamento com a fisioterapeuta do NASF-AB. A tentativa de articulação intersectorial com o INSS foi feita, apesar de frustrada com a recusa do relatório elaborado pelo CEREST/Salvador.

Apesar dos importantes avanços, as dificuldades para garantir o cuidado integral do trabalhador envolvem todos os níveis de atenção à saúde e os centros de retaguarda técnica. O cuidado com a ST no âmbito da APS, com algumas exceções, retrata uma dupla invisibilidade^{20,21}. Por um lado, o usuário-trabalhador não reconhece a USF como um lugar onde irá resolver suas demandas de saúde²⁰, como se observa na afirmação de César:

Eu conheço, mas eu ia sempre lá pra alguma coisa de meu filho, vacina, esses negócios; mas, eu mesmo, buscar atendimento nunca fui não, porque esse problema meu, geralmente, dificilmente, você

encontra um ortopedista, neurologista, nesse posto (César).

Por outro lado, a USF não enxerga esses usuários como trabalhadores e a influência do trabalho no processo saúde-doença, como observado nas evoluções dos prontuários. Há quase uma ausência de informação sobre a ocupação, e quando presente, não se observa associação com as queixas apresentadas pelos usuários, embora estes reconheçam o trabalho como causa de seus problemas de saúde, exceção feita à usuária que teve AVC.

No encontro entre profissional e usuário, essa invisibilidade pode se manifestar de várias maneiras: a) o trabalho não é mencionado; b) o usuário associa seu problema de saúde ao trabalho, mas essa informação é ignorada pelo profissional; c) o profissional registra a ocupação, mas sem aprofundamento e desdobramentos específicos. Dessa maneira, é imperativo compreender a complexidade que envolve a invisibilidade do trabalho, para não apenas responsabilizar a abordagem biomédica do profissional, mas considerar as condições de trabalho, os problemas do território adstrito, o modelo de gestão pública, o contexto político-econômico, além das lacunas na retaguarda especializada em ST¹⁹.

Uma atuação ineficiente e fragmentada do sistema de saúde, com diagnósticos e opiniões inconsistentes e tratamentos ineficazes, reforçam incompreensões e inseguranças dos trabalhadores. Uma abordagem que desconsidera aspectos psicossociais, pessoais e do trabalho, e que orienta mudança de comportamento do usuário em relação ao trabalho, é insuficiente e contribui para a IPT ao retardar a recuperação do usuário^{35,36}.

Incertezas nos encontros com a previdência e a assistência social

Paralelos aos itinerários terapêuticos, os usuários-trabalhadores movem-se em busca de direitos previdenciários e proteção social, sujeitando-se à burocracia dos processos administrativos. As experiências de trabalhadores assalariados, autônomos e informais, cada qual com suas particularidades, diferentes trajetórias, são consideradas uma *via crucis*^{30,35,36}. Janete, que já foi trabalhadora formal, e depois manteve-se na informalidade como manicure e cabelereira no domicílio, narra:

[...] quando eu tive agora de novo a crise em março, eu dei entrada, cheguei lá bem mal, que estava de cadeira de roda [...] disseram que eu es-

tava fora da carência, que indeferiram por conta da carência; só que eu estava na carência, porque eu tinha recebido em 2018, e é um ano, e mesmo assim... (Janete).

Os trabalhadores informais não conseguem manter os pagamentos da contribuição previdenciária regularmente, cujos valores são dispendiosos. A situação de não segurado ou a carência decorrente da contribuição intermitente impedem o reconhecimento da IT, conformando uma condição de desprotegidos socialmente. Urge repensar estratégias de proteção social dos trabalhadores informais em situação de pobreza, assim como a prevenção de agravos com a minimização dos riscos no trabalho para os informais³⁶.

Três dos usuários que trabalharam de carteira assinada receberam, em algum momento, o auxílio-doença. As trajetórias tortuosas desses trabalhadores incluíram processos judiciais, idas e vindas com advogados, dificuldades na realização de exames diagnósticos e consultas com profissionais de saúde e médicos peritos^{26,30}, conforme a experiência de Sólon:

[...] como eu levei a ultrassom, eles me deram quatro meses de licença, [...] só que o braço não melhorou; [...] quando eu retornei, quem me atendeu foi outro perito, e o perito achou de suspender o benefício; aí pronto, eu peguei, reuni outros documentos, [...] fui pra ressonância [...] e fui pro INSS, foi negado de novo; aí, quer dizer, a última instância que é a ressonância magnética, você tira pra ver se comprova se a pessoa está com problema ou não, eles negaram, depois eu entrei com o recurso agora em abril (Sólon).

Sólon se desdobrou na realização de exames mais sofisticados, confiante na sua relevância para a legitimação da IT, em um processo injusto que ignora a história clínica e ocupacional e as condições de trabalho e valoriza o exame de tecnologia densa para aferir a doença. Assim, negligencia-se a condição de dor crônica e seu caráter “imponderável” e “incomensurável”, e nada diz sobre o desempenho funcional do indivíduo. A judicialização apresenta-se como último recurso para os poucos que conseguem sustentar os custos judiciais.

Perante os insucessos com o INSS, o SUAS é a única alternativa para o trabalhador informal. No entanto, na interação com o SUAS, cabe a demonstração e aferição da elegibilidade aos pré-requisitos estabelecidos para conseguir o BPC. Sobre este tema, um estudo cruzou os dados do INSS de 4 mil auxílios-doença por incapacidade para o trabalho indeferidos com as solicitações de BPC e constatou que apenas 1,5% desses tra-

balhadores recorreram ao BPC, e destes, apenas 32% conseguiram³.

Entre os usuários, três recebem o Bolsa Família e um aguardava a perícia para averiguar elegibilidade ao BPC. Sólon, em situação de desemprego, vivendo de “bicos”, comenta o desafio para manter o Bolsa Família: *eu recebi o Bolsa Família, mas depois cortaram; esse corte foi que me arruinou; eu comentei até com o pessoal do posto aí em cima, não sei se... talvez fizeram alguma coisa; só sei que eu recorri de novo, passei a receber de novo, mas demorou*.

Os fracassos sucessivos na interação usuário-trabalhador com a Previdência e com o SUAS patenteiam a invisibilidade a esses trabalhadores como sujeitos de direitos e as vulnerabilidades, suscitando um sentimento de humilhação. Outros autores identificaram, além desse sentimento, o desgaste emocional e a piora da condição de saúde em decorrência de barreiras atitudinais na recepção da Previdência, falta de hospitalidade e desconsideração com as informações apresentadas^{30,35}.

Considerando a situação biográfica dos usuários, estudos mostram iniquidades no âmbito da Previdência Social, relacionadas à raça/cor, ao gênero e à escolaridade. A população negra, maioria no mercado informal e no trabalho precarizado, apresenta maior dificuldade de acessar os benefícios, assim como dificuldade de compreender a burocracia e de acessar os benefícios^{3,35}.

A reabilitação profissional e o não retorno ao trabalho

Na trajetória do trabalhador formal, a reabilitação profissional (RP) é um processo crítico para um retorno sustentável do trabalhador, devendo-se considerar as barreiras biopsicossociais individuais e os aspectos ambientais. As necessidades e preferências dos trabalhadores influem no sucesso ou insucesso nesse processo². No Brasil, a implementação de uma abordagem biopsicossocial por equipe multiprofissional, como previsto no manual técnico de procedimento da RP de 2016 e na LBI de 2015, foi prejudicada com a publicação da versão 2018 do Manual Técnico, ao centralizar a avaliação do potencial laborativo no médico perito e acentuar a perspectiva biomédica, insuficiente para processo de RP³⁷.

César, embora trabalhador formal, não realizou a RP pela Previdência, tendo como alternativa buscar a reabilitação física com fisioterapia em clínicas conveniadas e tratamento pelo SUS após perder o convênio. Seu relato, a seguir, mostra um pouco a situação:

Setembro de 2006, mais ou menos, até 2010 eu fiz fisioterapia aí no C., [...] eu sempre fiz aí, mas depois passou a ser H., já fiz fisioterapia na H., ali na Garibaldi, depois passou a ser A., um outro plano de saúde, foi quando eu vim a melhorar um pouco, que foi em 2017, que eu fiz ali na Ar (César).

O acesso à RP ficou sob a responsabilidade do próprio trabalhador, que se submeteu a atendimento fisioterapêutico de forma descontínua e desarticulada com a Previdência e o local de trabalho. César fala das tentativas de retorno ao trabalho, sem sucesso, por envolver atividade de levantamento e transporte de carga, piorando os sintomas:

A função que eles me colocaram lá, [...] foi no almoxarifado primeiro, mas aí [...], você tinha de pegar melancia, e foi no momento que eu estava em crise [...], não deu certo. Eles me colocaram pros andares [...] no setor, é um carro [...] e as meninas [camareiras] vão pegando as toalhas molhadas e vão colocando, aí, você começa a pegar, botar em um carro maior [...] chegava um momento que eu tinha de ir até o fundo, para pegar aquelas toalhas molhadas, pesadas; eu fazia isso durante o dia, quando era à tarde, eu já estava quebrado de novo da coluna. Eu tive de fazer certos tipos de posturas, pronto, e eu fui afastado novamente, e fiquei até 2017; quando foi dado alta, passei pelo médico do trabalho, aí o médico disse que eu estava apto para o trabalho, retornei para a empresa e fui demitido (César).

A não participação de César e de um profissional de saúde para discutir a atividade laboral mais adequada para sua condição de saúde dificultou o retorno e a permanência no trabalho. A ineficiência da RP ocorre também ao não oferecer alternativas de trabalho que considerem a limitação funcional, ao mesmo tempo que valorize

o potencial do trabalhador, além de não considerar a participação de todos os envolvidos²⁵. As políticas voltadas à incapacidade para o trabalho funcionam como “armadilhas” para a IPT, frente a uma atuação paradoxal que perpetua a incapacidade em vez do retorno da força de trabalho, como tem sido analisado também em outros contextos^{2,36}.

Considerações finais

O processo de IPT não é linear, e vai se configurando à medida que os usuários-trabalhadores são vulnerabilizados frente à desassistência, aos desencontros e à descoordenação no âmbito da saúde, da proteção social e do trabalho. Nestas condições, a construção de rede de apoio social familiar e da comunidade tem sido um suporte importante para evitar decadência social.

A despeito das fragilidades e limitações, a ESF apresentou algumas experiências exitosas neste estudo, reforçando a necessidade da retaguarda do NASF-AB, do CEREST e a articulação com outros serviços e setores, como o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), para o cuidado ao usuário-trabalhador com IPT, e para o planejamento de ações de prevenção a agravos e promoção à saúde no território, com estratégias para o enfrentamento das situações que acentuam as desigualdades sociais.

Considerando a condição de trabalhadores informais, precarizados e desempregados com IPT, emerge a imperativa necessidade de identificá-los como sujeitos de direitos em seus territórios, fortalecer a APS, a atenção em saúde do trabalhador neste âmbito, e reformular o modelo de seguro, a fim de adequá-lo à realidade da força de trabalho brasileira.

Colaboradores

LM Barros: trabalho de campo, análise e interpretação dos dados; concepção, delineamento, redação e revisão crítica do artigo; aprovou a versão a ser publicada. MAG Lima: análise e interpretação dos dados; concepção e delineamento; redação e revisão crítica do artigo; aprovou a versão a ser publicada. RF Neves: redação e revisão crítica do artigo; aprovou a versão a ser publicada.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Agradecimentos

À Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) que financiou o projeto PPSUS: pesquisa-intervenção interinstitucional “Saúde do trabalhador na Estratégia de Saúde da Família: compreender para agir”, ao qual este artigo está vinculado. À Universidade Federal da Bahia (UFBA). À Georgia Taylor, da Emory University, pelo apoio na redação e revisões iniciais. Às agentes comunitárias de saúde, pelo acompanhamento nas visitas domiciliares para a coleta de dados, aos usuários-trabalhadores que participaram da pesquisa.

Referências

1. Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD). *Sickness, disability and work: breaking the barriers a synthesis of findings across OECD countries*. Paris: OECD; 2010.
2. Ståhl C, De Wispelaere J, MacEachen E. The work disability trap: manifestations, causes and consequences of a policy paradox. *Disabil Rehabil* 2022; 45(11):1916-1922.
3. Wünsch DS, Mendes JMR, Martins JMR. Trabalho e previdência social: as lacunas de proteção social na seguridade social. *Argumentum* 2017; 9(3):37-51.
4. Instituto Nacional do Seguro Social INSS. Manual Técnico de Perícia Médica Previdenciária [Internet]. 2018. [acessado 2023 out 13]. Disponível em: <https://www.saudeocupacional.org/v2/wp-content/uploads/2018/03/Manual-Técnico-de-Perícia-Médica-2018.pdf>
5. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. *Diário Oficial da União* 1998; 18 mar.
6. Organização Mundial da Saúde OMS. *Classificação internacional de funcionalidade incapacidade e saúde*. São Paulo: EDUSP; 2003.
7. Souza MEL, Faiman CJS. Trabalho, saúde e identidade: repercussões do retorno ao trabalho, após afastamento por doença ou acidente, na identidade profissional. *Saude Etica Justiça* 2007; 12(1-2):22-23.
8. Hoefsmits N, Houkes I, Nijhuis FJN. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *J Occup Rehabil* 2012; 22(4):462-477.
9. Young AE, Roessler RT, Wasiak R, McPherson KM, van Poppel MNM, Anema JR. A developmental conceptualization of return to work. *J Occup Rehabil* 2005;15(4):557-568.
10. Coutu MF, Côté D, Baril R. The Work-Disable Patient. In: Loisel P, Anema, JR, editor. *Handbook of work disability: prevention and management*. New York: Springer Science+Business Media 2013. p. 15-29.
11. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociol Heal Illn* 1982; 4(2):167-182.
12. Ståhl C, Costa-Black K, Loisel P. Applying theories to better understand socio-political challenges in implementing evidence-based work disability prevention strategies. *Disabil Rehabil* 2018; 40(8):952-959.
13. Ministério Público do Trabalho. Observatório de segurança e saúde no trabalho [Internet]. 2022. [acessado 2022 jan 15]. Disponível em: <https://observatoriosst.mpt.mp.br>
14. Antunes R, Praun L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serviço Soc* 2015; 123:407-427.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde do trabalhador e da trabalhadora*. Brasília: MS; 2018.
16. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab Educ Saude* 2011; 8(3):387-406.

17. Aamland A, Werner EL, Malterud K. Sickness absence, marginality, and medically unexplained physical symptoms: a focus-group study of patients' experiences. *Scand J Prim Health Care* 2013; 31(2):95-100.
18. Krohne K, Brage S. How GPs in Norway conceptualise functional ability: a focus group study. *Br J Gen Pract* 2008; 58(557):850-855.
19. Andrade AGM, Neves RF, Carvalho RCP, Dias EC, Lima MAG. (In)Visibilidade do usuário-trabalhador na interação com profissionais de saúde no contexto de uma Unidade de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* 2021; 25:e200700.
20. Silva TL, Dias EC, Pessoa VM, Fernandes LMM, Gomes EM. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. *Interface Commun Heal Educ* 2014; 18(49):273-287.
21. Schutz A. A linha de base fenomenológica. In: Wagnier HTR. *Sobre fenomenologia e relações sociais*. Petrópolis: Vozes; 2012. p. 65-83.
22. Companhia de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia (CONDER). *Painel de informações: dados socioeconômicos do município de Salvador por bairros e prefeituras-bairro*. Salvador: CONDER/INFORMS; 2016.
23. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2008; 3(2):77-101.
24. Toldrá RC, Daldon MTB, Santos MC, Lacman S. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SP, Brasil. *Rev Bras Saude Ocup* 2010; 35:10-22.
25. Waddell G, Burton K, Kendall N. *Vocational rehabilitation what works, for whom, and when?* London: Vocational Rehabilitation Association; 2008.
26. Neves RF, Nunes MO. Da legitimação a (res)significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT. *Cien Saude Colet* 2010; 15(1):211-220.
27. Alves PC. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: Gehardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, Silva Junior, AG, organizadores. *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO; 2016. p. 125-146.
28. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad Saude Publica* 2006; 22(11):2449-2463.
29. Demétrio F, Santana ER, Pereira-Santos M. O itinerário terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saude Debate* 2019; 43(Esp. 7):204-221.
30. Zavarizzi CP, Alencar MCB de. Afastamento do trabalho e os percursos terapêuticos de trabalhadores acometidos por LER/Dort. *Saude Debate* 2018; 42(116):113-124.
31. Cockell FF, Peticarrari D. Retratos da informalidade: A fragilidade dos sistemas de proteção social em momentos de infortúnio. *Cien Saude Colet* 2011; 16(3):1709-1718.
32. Nehmy RM, Dias E. Os caminhos da saúde do trabalhador: para onde apontam os sinais? *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20(Supl. 2):13-23.
33. Silva DP, Freitas RF, Souza LF, Teixeira NA, Dias EC, Rocha JSB. Professional practices in occupational health in Primary Care: challenges for the implementation of public policies. *Cien Saude Colet* 2021; 26(12):6005-6016.
34. Pedroso HC, Gonçalves CGO, Areosa J. Trajetória de trabalhadores com perda auditiva induzida por ruído na rede de assistência à saúde do Sul do país. *Res Soc Dev* 2021; 10(2): e4610212187.
35. Severiano EMO, Macêdo AC. Previdência Social: a saga entre trabalho e adoecimento. *Rev Katalysis* 2015; 18(2):172-181.
36. Souza NSS, Santana VS. Posição socioeconômica e duração do benefício por incapacidade devido a doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho. *Cad Saude Publica* 2012; 28(2):324-234.
37. Miranda CB. Aspects of the current workers' rehabilitation scenario in Brazil: Strides and setbacks. *Cad Saude Publica* 2018; 34(8):e00218717.

Artigo apresentado em 17/03/2023

Aprovado em 12/09/2023

Versão final apresentada em 14/09/2023

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva