

SAÚDE DO TRABALHADOR NA PARAÍBA: UM OLHAR SOBRE O ACESSO E O PERCURSO SAÚDE- ADOECIMENTO DE TRABALHADORES(AS) AFASTADOS(AS)

WORKER'S HEALTH IN PARAÍBA:
AN ANALYSIS OF ACCESS AND THE HEALTH-ILLNESS
TRAJECTORY OF WORKERS ON LEAVE

SALUD DEL TRABAJADOR EN PARAÍBA:
UNA MIRADA SOBRE EL ACCESO Y EL RECORRIDO
SALUD- ENFERMEDAD DE TRABAJADORES APARTADOS

Pablo De Araújo Cruz

Universidade Federal da Paraíba (UFPB).
E-mail: pablo.araujojp@hotmail.com

Lucas Eurikes Melo Vasconcelos

Universidade Federal da Paraíba (UFPB).
E-mail: lucas.eurikes@gmail.com

João Lucas Alcântara Costa

Universidade Federal da Paraíba (UFPB).
E-mail: jlucasalcantarac@gmail.com

Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo

Universidade Federal da Paraíba (UFPB).
E-mail: thaisaugusta@gmail.com

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar a experiência de acesso de trabalhadores(as) afastados(as) na Paraíba à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, com foco no percurso saúde-adoecimento e na vivência junto aos dispositivos da rede de atenção. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e delineamento transversal. Participaram do estudo sete trabalhadores formais da Paraíba, afastados de suas funções pelo Instituto Nacional do Seguro Social em decorrência de adoecimento ou acidentes laborais. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, submetidos à análise de conteúdo temática e interpretados à luz do referencial da Ergologia. Os achados revelam dificuldades na inserção dos usuários na rede de saúde pública e a fragilidade na articulação entre os setores responsáveis pela implementação da política. Conclui-se que a compreensão dessas vivências é crucial para a elaboração de ações intersetoriais mais coordenadas, efetivas e direcionadas à promoção da saúde do trabalhador. Palavras-chave: Política de Saúde do Trabalhador; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Saúde Ocupacional; Saúde Pública.

Abstract

This article aims to analyze the access experiences of workers on medical leave in the state of Paraíba to the National Policy for Workers' Health, focusing on their health-illness trajectories and interactions with the healthcare network. It is a qualitative, exploratory, cross-sectional study. The participants were seven formal workers from Paraíba who were on leave from their jobs, as recognized by the National Institute of Social Security, due to illness or work-related accidents. Data were collected through semi-structured interviews, subjected to thematic content analysis, and interpreted in light of Ergology. The findings reveal difficulties in users' integration into the public healthcare network and weaknesses in the coordination among sectors responsible for policy implementation. It is concluded that understanding these experiences is crucial for developing more coordinated and effective intersectoral actions aimed at promoting workers' health.

Keywords: Occupational Health Policy; Surveillance of the Workers Health; Occupational Health; Public Health.

Resumen

Resumen

Este artículo analiza la experiencia de acceso de trabajadores(as) en licencia en Paraíba a la Política Nacional de Salud del Trabajador y de la Trabajadora, centrando la atención en el recorrido salud-enfermedad y en la relación con los dispositivos de la red de atención. Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio y transversal, realizado con siete trabajadores formales apartados de sus funciones por el Instituto Nacional del Seguro Social debido a enfermedades o accidentes laborales. Los datos, recolectados mediante entrevistas semiestructuradas, fueron sometidos a análisis de contenido temático e interpretados desde la perspectiva de la Ergología. Los resultados evidencian dificultades de inserción en la red pública de salud y fragilidades en la articulación entre los sectores responsables por la política. Se concluye que comprender estas vivencias es esencial para promover acciones intersectoriales más coordinadas y efectivas orientadas a la salud del trabajador.

Palabras clave: Política de salud ocupacional; Vigilancia de la salud del trabajador; Salud laboral; Salud pública.

Introdução

O campo da Saúde do Trabalhador (ST) no Brasil constituiu-se como uma área relativamente recente dentro da Saúde Coletiva. Sua emergência, que data do final dos anos 1960, foi impulsionada por análises críticas empreendidas por profissionais da Medicina Preventiva e da Saúde Pública tradicional. A ST estabeleceu-se com o propósito de reformular e integrar a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional, propondo uma atuação voltada para a saúde integral do trabalhador. Essa nova abordagem passou a considerar o indivíduo em suas múltiplas dimensões (políticas, sociais, biológicas e pessoais) e não apenas como um agente no processo produtivo. Essa evolução culminou, em 1988, com o reconhecimento constitucional da saúde dos trabalhadores como um direito fundamental e um componente do sistema de saúde brasileiro (Tambellini et al., 2013).

A compreensão do trabalho como fator determinante no processo saúde-adoecimento é o cerne da ST, o qual marca uma ruptura com o modelo tradicional, que se restringia a fatores de risco isolados ou a etiologias exclusivamente biológicas. Essa perspectiva desloca o foco para a análise do contexto laboral, incluindo a exploração de múltiplos e complementares referenciais para a compreensão da complexa relação entre atividade laboral e saúde. Nesse sentido, a ST constrói um diálogo com estudos teóricos, reconhecendo que o esforço e o desgaste físico, mental e emocional são indissociáveis da organização social do trabalho e da vivência dos sujeitos no ambiente laboral (Cardoso, 2015).

Para que essa nova perspectiva pudesse ser efetivamente implementada e sair do campo estritamente teórico, tornou-se imperativa a criação de uma estrutura articulada dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a instituição da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (RENASTT) representa um marco na consolidação da ST na saúde pública. Conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 2.728 de 2009, esta rede está integrada de forma estratégica SUS e visa garantir a integralidade da atenção à população trabalhadora em todo o território nacional. Sua organização destina-se a expandir e qualificar as

ações de vigilância, promoção, prevenção e reabilitação relacionadas à saúde no trabalho. Para tal, exige-se a articulação sinérgica entre os três níveis de gestão (federal, estadual e municipal), a colaboração de instituições ligadas ao universo do trabalho e a participação ativa da sociedade civil na formulação e implementação das políticas públicas pertinentes.

Outro avanço fundamental para o campo foi a criação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída por meio da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Em conformidade com seu Artigo 6º, a efetivação da PNSTT requer a articulação intersetorial entre práticas assistenciais, diferentes áreas do conhecimento científico, setores sociais e, notavelmente, os saberes empíricos produzidos pelos próprios trabalhadores. Esse requisito impõe mudanças significativas na organização e nos processos de trabalho dos serviços de saúde do país. Como marco normativo, a política define diretrizes e estratégias essenciais a serem implementadas pelas três instâncias de gestão do SUS.

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) emerge nessa perspectiva com um papel estratégico na PNSTT, configurando-se como uma unidade especializada essencial à consolidação e implementação das ações da área. Apesar de sua importância, o CEREST não é a única instância responsável pela execução da política na rede pública. O Centro assume a atribuição de desenvolver ações de vigilância em saúde do trabalhador, além de iniciativas de promoção e assistência, estabelecendo-se como a referência especializada da saúde pública incumbida de qualificar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) no reconhecimento das interações entre o trabalho, as condições de vida e os processos de adoecimento. Adicionalmente, exerce função de apoio matricial aos demais serviços da RAS, o que favorece o acolhimento das demandas de diversos perfis de trabalhadores. Para a plena garantia desse direito, sua atuação requer uma articulação intersetorial abrangente, envolvendo setores como saúde, previdência social, trabalho e emprego, educação e meio ambiente (Portaria nº 2.728/2009).

Contudo, apesar dos avanços teóricos e práticos do campo, é frequente que a população laboral encontre diversos obstáculos para acessar os serviços de ST na rede pública. Tais barreiras manifestam-se nas desigualdades de busca e atendimento entre os trabalhadores dos setores formal e informal (Miquilin et al., 2013), bem como nas dificuldades de efetivação dos princípios de integralidade e intersetorialidade. Tais limitações tornam-se evidentes na ausência de articulação entre instituições como o Ministério da Saúde, o Ministério do Trabalho e a Previdência Social, além da fragilidade dos serviços em reconhecer e notificar o trabalho como determinante dos processos de saúde e adoecimento (Carvalho, 2019; Silva et al., 2020; Silva, 2021).

Além disso, instâncias como as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e as Conferências de Saúde, que visam fomentar a inclusão e a participação social dos trabalhadores, também sofrem os efeitos da limitada articulação institucional. Essa fragilidade compromete o fortalecimento, a implementação e a avaliação das políticas, perpetuando, assim, a lacuna entre as diretrizes formuladas nesses espaços e a realidade experienciada pelos(as) trabalhadores(as) ao buscarem o acesso aos serviços da PNSTT em seus territórios (Arthur, 2015). Nesse contexto, é válido ressaltar que a integração da perspectiva do(a) usuário(a)-trabalhador(a) no planejamento e na implementação das ações de ST na RAS torna-se uma estratégia fundamental para mitigar as lacunas de acesso e fomentar a participação ativa no processo (Fonseca et al., 2019; Neto & Bezerra, 2022; Cavinatto et al., 2024).

Tal fragilidade também se reflete na qualificação profissional, que representa um elemento essencial para a concretização da PNSTT. A capacitação inadequada impacta diretamente tanto o reconhecimento do trabalho como determinante dos processos de saúde-adoecimento quanto a prestação de cuidados integrais aos usuários da RAS em sua condição de trabalhadores(as). A carência dessa formação compromete a integralidade da atenção e, consequentemente, restringe o acesso universal preconizado pela PNSTT (Andrade, 2019; Geraldi et al., 2022; Hennington et al., 2024).

Nesse sentido, esta pesquisa tem como objetivo analisar a experiência de acesso de trabalhadores(as) afastados(as) na Paraíba à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, com foco no percurso saúde-adoecimento e na vivência junto aos dispositivos da rede de atenção. Para tal, será também avaliado a efetividade e o funcionamento da PNSTT, utilizando como referencial normativo as Portarias nº 2.728/2009 e nº 1.823/2012. Adicionalmente, a perspectiva teórica da Ergologia será adotada para aprofundar a análise da vivência singular desses(as) trabalhadores(as) na rede.

Proposta por Yves Schwartz, a Ergologia foca na análise e intervenção da atividade de trabalho, distinguindo duas dimensões: o trabalho prescrito e o trabalho real. O primeiro corresponde ao conjunto de regras, normas e procedimentos formais que orientam o planejamento e a execução das tarefas. Já o trabalho real transcende essas prescrições, incorporando a inteligência prática do(a) trabalhador(a) e os conhecimentos adquiridos na experiência cotidiana, ou seja, representa o que é efetivamente realizado diante das condições concretas do ambiente laboral. Nesse sentido, o conceito de atividade coloca em dialética o homem e seu meio, o compreendendo enquanto protagonista da sua história (Schwartz & Durrieve, 2021).

Nesse processo, a saúde é compreendida de maneira dinâmica e ampliada, como a capacidade do indivíduo de reorganizar e criar normas frente às exigências do trabalho e do ambiente. Essa habilidade se manifesta na mobilização da inteligência prática e da subjetividade para lidar com desafios, imprevistos e tensões cotidianas. Ademais, sob uma perspectiva multidisciplinar, a Ergologia permite confrontar diferentes tipos de conhecimento: os saberes constituídos, associados a normas e prescrições formais, e os saberes investidos, derivados da experiência concreta do trabalhador na atividade laboral (Schwartz & Durrieve, 2021). Portanto, ao confrontar os saberes constituídos e os saberes investidos, a Ergologia constitui-se como o arcabouço analítico essencial para desvelar a experiência real dos trabalhadores(as) afastados(as). Essa perspec-

tiva teórica permite valorizar a capacidade de escolha e a inteligência prática desses indivíduos, revelando as lacunas entre o trabalho prescrito e o percurso efetivamente vivido na rede de atenção à saúde do trabalhador.

Metodologia

Este estudo utilizou uma abordagem metodológica qualitativa, de caráter exploratório e delineamento transversal. Participaram sete trabalhadores do estado da Paraíba, constituindo uma amostra não probabilística selecionada por conveniência, cujo número foi definido por nível de saturação teórica. Como critérios de inclusão, considerou-se: afastamento das atividades laborais nos últimos cinco anos por acidente de trabalho ou doença ocupacional, registrado no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), e acesso a pelo menos um serviço de saúde pública na Paraíba para acompanhamento ou tratamento decorrente do adoecimento ou acidente relacionado ao trabalho.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), consoante as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Os princípios éticos foram rigorosamente observados, assegurando o direito à recusa desde o primeiro contato com os(as) participantes. Àqueles que optaram por contribuir com o estudo de forma voluntária, foram garantidos o sigilo das informações e o cumprimento dos procedimentos previstos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como a explicitação dos objetivos, possíveis riscos e eventuais benefícios relacionados à realização da pesquisa.

Após a aprovação ética, os pesquisadores divulgaram materiais informativos em redes sociais, incluindo um formulário de manifestação de interesse, visando alcançar potenciais participantes de forma ampla e acessível. No formulário, os respondentes indicaram um meio de contato, a disponibilidade para participar da entrevista e a modalidade preferencial para sua realização (presencial ou online). De posse das informações preliminares, os participantes foram contatados pelos pesquisadores para o agendamento da entrevista, respeitando a disponibilidade indicada.

O período de coleta de dados ocorreu entre 2023 e 2024. Como instrumento, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada abordando temas como a história do adoecimento, características do ambiente laboral, dispositivos de saúde acessados em decorrência do adoecimento ou acidente, processos de afastamento e retorno ao trabalho, experiência no INSS e percepção sobre a rede de saúde do trabalhador na Paraíba. Adicionalmente, os participantes responderam a um questionário socioeconômico contendo informações sobre idade, raça, gênero, estado civil, escolaridade, renda, ocupação, tipo de vínculo e carga horária no momento do adoecimento. As entrevistas foram gravadas, com duração média de 1 hora e 30 minutos, e posteriormente transcritas para análise. Para garantir o sigilo e atender às exigências éticas, dados que identificassem os participantes foram suprimidos na apresentação dos resultados.

As entrevistas foram analisadas por meio da análise temática de conteúdo (Minayo, 2006) e interpretadas à luz dos referenciais normativos normativo das Portarias nº 2.728/2009 e nº 1.823/2012 e da Ergologia. Inicialmente, procedeu-se à organização do corpus juntamente com uma leitura minuciosa das entrevistas. Em seguida, o material foi explorado para identificar os núcleos de sentido presentes no texto, a partir dos quais foram construídas categorias relacionadas à redução do conteúdo em palavras e expressões de relevância significativa. Das falas dos participantes, emergiram duas categorias temáticas centrais: 1) Saúde do trabalhador entre vivências de adoecimento, promoção e prevenção; e 2) Dispositivos da PNSTT e percursos de trabalhadores adoecidos na Paraíba.

Resultados e discussão

Caracterização dos participantes

Foram entrevistados(as) sete trabalhadores(as), sendo três do gênero feminino e quatro do gênero masculino. Quanto à autodeclaração étnico-racial, quatro se identificaram como brancos, um como preto, um como pardo e um como indígena, com idades entre 35 e 54 anos, apresentando média de 46 anos. Em relação ao estado civil, cinco eram casados(as),

um viúvo(a) e um solteiro(a). Quanto à composição domiciliar, cinco residiam com quatro a sete pessoas, um com duas a três pessoas e outro(a) sozinho(a). No que se refere à escolaridade, quatro possuíam ensino superior completo, um(a) pós-graduação, um ensino técnico e outro(a) ensino fundamental completo.

Quanto à ocupação anterior ao afastamento, quatro participantes eram bancários, enquanto os demais atuavam como auxiliar operacional, mecânico(a) industrial e analista. Os(as) trabalhadores(as) estavam em exercício há um tempo médio de 13 anos quando iniciaram os sintomas relacionados ao adoecimento, exercendo a função entre 3 e 20 anos, com média de 9 anos. Todos possuíam vínculo formal de trabalho, sendo celetistas, ou seja, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com jornada semanal média de 43 horas. Em relação à remuneração, dois recebiam até um salário-mínimo, dois recebiam acima de um até dois salários-mínimos, um recebia acima de dois até quatro salários-mínimos e dois recebiam entre quatro e dez salários-mínimos. No período de realização das entrevistas, um(a) trabalhador(a) estava reintegrado(a) à empresa, outro(a) aguardava novo resultado pericial do INSS sem fonte de renda, uma participante estava desempregada, contando com pensão como principal fonte de sustento, e quatro permaneciam afastados do trabalho por doença ou acidente relacionado ao trabalho, sendo beneficiários(as) do INSS.

Saúde do trabalhador entre vivências de adoecimento, promoção e prevenção

No SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como a principal porta de entrada dos(as) usuários(as) e também como um componente central para a efetivação da PNSTT e para a produção do cuidado integral. No entanto, o cotidiano das Unidades de Saúde da Família (USF) revela que a condição de trabalhador e o reconhecimento do trabalho como determinante do processo saúde-doença permanecem frequentemente invisíveis ou marginalizados pelos profissionais. Tal invisibilidade, que se manifesta de forma dinâmica e não linear, é o resultado de uma complexa articulação de fatores que abrangem os aspectos individuais, o processo

de trabalho das equipes de saúde e o contexto político-social. O cuidado integral do usuário-trabalhador, que exige o reconhecimento da relação entre as condições de vida, saúde-doença e trabalho, é comprometido pela sobrecarga de trabalho e pelo despreparo das equipes, que acabam por priorizar uma abordagem de tipo queixa-conduta (Andrade et al., 2021).

Essa dissociação da vivência do adoecimento em relação ao trabalho, principalmente no campo da saúde mental, reforça a dificuldade da APS de incorporar a perspectiva da ST. Essa limitação é estrutural e retroalimentada por um imaginário social que, historicamente, restringe o(a) trabalhador(a) a uma figura do mercado formal que desempenha atividades de risco visível. Como resultado, a vasta parcela da classe que vive do trabalho (incluindo trabalhadores informais e autônomos) permanece invisibilizada, perpetuando as lacunas da PNSTT em sua proposta de integralidade e dificultando a consolidação de ações preventivas e de vigilância na porta de entrada do SUS (Rafagnin & Rafagnin, 2020).

Na perspectiva dos(as) trabalhadores(as) entrevistados(as), o trabalho emerge como fator central no desencadeamento de agravos físicos, sofrimento psicológico e transtornos mentais. Segundo Schwartz e Durrieve (2021), o trabalho refere-se a uma dimensão constitutiva da vida humana, dotada da potência de transformar simultaneamente o meio e a subjetividade dos sujeitos. Mais do que a execução de prescrições, a atividade laboral implica a formulação contínua de estratégias diante da imprevisibilidade do real, evidenciando o caráter inventivo e singular do agir humano

Tais dimensões revelam-se indissociáveis, já que a saúde mental pode sofrer consequências tanto pelas limitações das situações de não trabalho impostas por acidentes ou doenças ocupacionais quanto pelas condições precárias do ambiente laboral. Esses elementos configuram riscos ocupacionais e psicossociais que comprometem a integridade global do trabalhador e, em situações extremas, ameaçam a própria continuidade da vida:

Quando eu chegava na calçada do local de trabalho, eu começava a me tremer, começava a chorar, começava a vomitar. Eu não

conseguia botar o pé no local de trabalho. Não era como se eu tivesse controle, simplesmente eu entrava e passava mal, eu não conseguia estar no trabalho (Participante 3).

Além disso, os depoimentos revelam que o reconhecimento do adoecimento pelo trabalhador é frequentemente postergado pela dificuldade em admitir sinais precoces, o que prolonga a permanência dos sintomas até seu agravamento ou a perda da capacidade funcional. Nessas circunstâncias, a manifestação de questões de ordem físicas tende a legitimar a busca por assistência especializada (Lima et al., 2023). Quando o retorno às atividades não é possível, os trabalhadores recorrem a profissionais tanto para viabilizar a recuperação quanto para instaurar processos de investigação e reivindicação de direitos que assegurem o reconhecimento do nexo causal entre doença e trabalho:

Percebi que minha saúde mental não estava normal. Ela estava com alterações. E quem sou eu para conseguir identificar, né? Tem que buscar um profissional para me ajudar a identificar aquilo. Porque você não sabe aquilo que você está sentindo. Você sabe que tem algo errado, mas você precisa da ajuda para identificar e cuidar (Participante 1).

Nesse sentido, nota-se a importância de que os profissionais de saúde reconheçam os usuários em sua condição de trabalhadores, considerando o papel determinante que a atividade laboral exerce no processo saúde-adoecimento. Os participantes enfatizaram a necessidade de que essa dimensão seja incorporada nos atendimentos e serviços de saúde e destacaram a relevância de uma formação profissional comprometida com a saúde do trabalhador, entendida como elemento essencial para a compreensão dessa dinâmica. A ausência dessa perspectiva pode levar o profissional a desconsiderar as condições laborais que provocam o adoecimento, bem como o grau de incapacidade que inviabiliza o retorno às atividades (Rafagnin & Rafagnin, 2020). Tal postura tende a desumanizar o trabalhador, ao

restringir sua experiência a uma visão individualizada, desvinculada das determinações sociais e organizacionais do trabalho sobre a saúde, além de evidenciar as limitações de intervenções centradas exclusivamente no sujeito.

A determinação do nexo causal entre o trabalho e o processo saúde-doença transcende a dicotomia entre trabalho e vida privada, que tipifica as abordagens periciais tradicionais. A adoção de uma perspectiva integradora, fundamentada nos pressupostos da ST e da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT), permite a análise do adoecimento como um fenômeno social e histórico. Essa metodologia ampliada não só embasa uma conduta técnica mais acurada por parte dos profissionais de saúde mas, sobretudo, confere legitimidade à experiência do indivíduo, desvelando o padrão de desgaste coletivo induzido pela organização e pelas condições laborais. Tendo em vista as implicações sanitárias, jurídicas e previdenciárias inerentes a essa constatação, a investigação e construção do nexo deve incorporar as prioridades dos próprios trabalhadores, os quais se configuram como os sujeitos primários na avaliação da nocividade ocupacional. Tal incorporação é condição para a articulação de estratégias de transformação e para o efetivo exercício de direitos (Ribeiro, 2024).

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil elaborou o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde com foco nas Doenças Relacionadas ao Trabalho (DRT). Esse documento normativo objetivou orientar a prática dos profissionais de saúde, estabelecendo diretrizes para a avaliação do nexo causal ou técnico entre a morbidade e a atividade laboral. Não obstante a existência de tais instrumentos para mitigar dificuldades, os trabalhadores ainda enfrentam obstáculos frequentes na obtenção do reconhecimento do nexo causal. Essa persistência pode ser atribuída à atuação de profissionais de saúde que, muitas vezes, permanecem orientados por uma perspectiva biomédica, alicerçada nos postulados da Medicina do Trabalho, da Higiene e da Saúde Ocupacional (Ribeiro, 2024).

O campo da ST, embora persista enfrentando desafios, evidencia avanços normativos relevantes. Em 2023, o Ministério da Saúde atualizou a Lista

de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) por meio da Portaria GM/MS nº 1.999. Essa medida não só reforça a urgência na formação continuada dos profissionais de saúde, mas também sublinha a imperatividade de considerar o adoecimento de forma contextualizada, concebendo-o como um processo social e histórico (Brasil, 2023).

O agravo ou a morbidade laboral projeta amplas repercussões que ultrapassam as esferas normativas e institucionais. A experiência do afastamento insere o(a) trabalhador(a) em um cenário de ruptura subjetiva. O evento patológico compromete a identidade e a função social, dificultando a manutenção da autoimagem pré-existente e acarreta a redução da autonomia. Tais limitações estendem-se à vida privada, restringindo o desempenho de papéis sociais (como os de pai, mãe ou amigo) e a participação em atividades promotoras de bem-estar. Nesse contexto, o indivíduo é impelido a uma reavaliação de valores e significados, frequentemente vivenciando sentimentos de desqualificação, inutilidade e perda. Adicionalmente, a situação é agravada pela percepção social negativa do afastamento, o que intensifica o desgaste emocional e o sofrimento (Lima et al., 2023; Alencar & Ota, 2011).

Depois do meu adoecimento no trabalho, eu não conseguia fazer coisas normais de gente normal, porque eu não tinha vontade. Eu tinha uma cobrança do meu filho, mas eu dizia sempre que estava com dor de cabeça, estava doente, estava mal, estava para baixo, tudo isso. Teve vários momentos que eu não conseguia honrar o papel de marido com a mulher no matrimônio. Sabe aquela tristeza eterna? Na qual você não tem vontade de fazer nada, apenas ficar deitado e chorar (Participante 4).

Por sua vez, ao serem inquiridos sobre os programas e as ações de saúde organizacionais, os(as) trabalhadores(as) relatam que tais iniciativas possuem um caráter prevalentemente prescritivo, voltado unicamente ao cumprimento de exigências legais e desprovido de uma análise da complexidade do trabalho real. Consequentemente, esses programas falham em prover espaços de

escuta qualificada que permitam a participação efetiva do trabalhador na construção de um ambiente salutar. Ademais, a desconsideração das imprevisibilidades inerentes à dinâmica laboral frequentemente inviabiliza o acesso às iniciativas propostas, o que culmina em baixa efetividade, na responsabilização individual pelo adoecimento e na ausência de intervenções de cunho coletivo.

O banco sempre tem uns programas de recuperação, de acompanhamento, de avaliação, só que assim na maioria das vezes são programas só para cumprir tabela. Na prática, não funciona muito bem, considerando a maneira como a gente é tratado e conduzido no ambiente, no dia a dia (Participante 1).

No que se refere ao apoio e às ações de saúde destinadas aos(as) trabalhadores(as) que adoeceram ou sofreram acidentes, as falas destacam a prevalência de posturas hostis por parte da organização, bem como a ausência de suporte ao longo do processo de adoecimento. Tal condição é mencionada pelos participantes como uma das principais dificuldades enfrentadas. A ausência de espaços de acolhimento ao trabalhador adoecido favorece sentimentos de descartabilidade, injustiça e isolamento diante do processo de adoecimento. Os relatos apontam, ainda, a falta de preparo institucional para lidar com essa condição, o que frequentemente resulta na culpabilização do indivíduo. Nessa conjuntura, o afastamento por adoecimento laboral é percebido como uma ameaça em múltiplas dimensões: para o trabalhador, representa o risco de demissão; para a equipe, implica sobrecarga de tarefas; e, para a organização, significa comprometimento das metas institucionais (Ramos et al., 2008).

Diante dessa realidade, os Programas de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) adquiriram relevância como resposta aos elevados índices de adoecimento e aos riscos à segurança laboral que comprometem o alcance das metas institucionais. No entanto, essas iniciativas tendem a priorizar a manutenção da produtividade, em detrimento da promoção efetiva da saúde e do bem-estar dos trabalhadores. Na contemporaneidade, essas iniciativas, comercializadas às

empresas, apresentam caráter assistencialista e concentram-se na restauração do corpo e da mente do indivíduo, oferecendo suporte para lidar isoladamente com os efeitos negativos da atividade laboral (Ferreira, 2015).

Sob a perspectiva ergológica, o acesso e a compreensão da atividade de trabalho constituem critérios fundamentais para promover transformações efetivas no ambiente laboral. Quando esse princípio é negligenciado, corre-se o risco de não se investigar as problemáticas reais, impondo-se aos trabalhadores uma mera adaptação por meio de práticas que instrumentalizam diversos saberes (psicológicos, sociológicos e médicos) com o objetivo de tornar tolerável aquilo que, de fato, é inaceitável. A intervenção não pode ocorrer de forma unilateral; ela requer o debate das normas, a integração dos saberes vinculados à atividade laboral e a escuta dos diferentes pontos de vista sobre o trabalho, de modo a fortalecer a participação dos trabalhadores na construção de condições que promovam saúde e segurança (Schwartz & Durrive, 2021).

A promoção da saúde e da segurança no trabalho no Brasil constitui um direito humano de caráter constitucional. Esse processo se sustenta na compreensão da relação entre a qualidade de vida laboral e o modo de vida do trabalhador, integrando-se à sua realidade social. Essa estratégia demanda a atuação e fiscalização de diversos órgãos e dispositivos regulatórios, aos quais os trabalhadores podem recorrer, uma vez que são responsáveis por verificar a observância das diretrizes estatais voltadas à proteção e à saúde no ambiente laboral (Neto et al., 2021).

Dispositivos da PNSTT e percursos de trabalhadores adoecidos na Paraíba

O percurso de trabalhadores(as) adoecidos, sob a ótica dos dispositivos da PNSTT, revela que a gênese da incapacidade laboral e do consequente afastamento está intrinsecamente ligada à organização contemporânea do trabalho, marcada pela intensificação das exigências, extensão das jornadas e a consequente precarização das condições laborais. A dinâmica do adoecimento, tardiamente reconhecida, é perpetuada pela desarticulação entre as políticas de Saúde, Trabalho

e Previdência Social, manifestando-se no adiamento máximo do autocuidado por parte dos(as) trabalhadores(as). Tal conduta visa a manutenção da renda e a preservação da eficácia profissional, resultando no agravamento das morbidades e expondo as limitações do sistema previdenciário, que frequentemente se ancora no modelo biomédico restrito para a avaliação da capacidade laboral (Delfino & Moraes, 2015).

Inicialmente, com o agravamento da sintomatologia e o iminente risco de interrupção da atividade laboral, os trabalhadores(as) entrevistados reportaram ter procurado assistência prioritariamente na rede privada de saúde. Essa escolha foi facilitada tanto pela conveniência do acesso quanto pela cobertura dos planos oferecidos pela própria organização empregadora. Este percurso inicial de cuidado caracterizou-se pela busca por consultas com médicos especialistas, acompanhamento na área de saúde mental e utilização de serviços hospitalares de urgência. No entanto, a confirmação do nexo causal entre o agravo à saúde e o ambiente de trabalho e, subsequentemente, a necessidade de afastamento e solicitação de benefício por incapacidade, os(as) impulsionam à esfera do SUS e do INSS, forçando-os(as) a interagir com os dispositivos regulatórios da PNSTT em um momento de crise.

Eu acho que eu cheguei a ir mais de 100 vezes, porque durante o ano eu ia várias vezes no hospital. O médico nem pergunta sobre a relação do adoecimento com o meu trabalho. Em um período de 3 dias cheguei a ir diversas vezes e inclusive com a farda do meu trabalho, para no final me dar um paliativo e mandar para casa. Se eu estava com problemas ao ponto de me levarem para o hospital, era porque eu não estava bem, né? (Participante 3).

Nesse contexto, os serviços de assistência da rede privada demonstraram eficácia limitada no enfrentamento do adoecimento, dado que se restringem à esfera clínica individual. Tal perspectiva reducionista, inerente a concepções que historicamente desconsideram a dimensão social e histórica do trabalho, falha em apreender o

binômio saúde/doença em sua complexidade. A persistência ou a recidiva dos sintomas no retorno às atividades laborais, por sua vez, evidencia a nocividade do ambiente de trabalho como fator etiológico central, cuja análise e intervenção constituem os marcos referenciais da ST, ao lado da promoção e prevenção. Adicionalmente, a insuficiência de um corpo técnico com formação específica para atuação em ST representa um desafio que compromete o manejo adequado das demandas. Essa carência formativa, ainda prevalente, favorece práticas que se desviam da premissa de intervir nas relações de trabalho geradoras de agravos, reforçando a exposição do(a) trabalhador(a) a condições de maior vulnerabilidade (Minayo et al., 2018).

Como estratégia de apoio no processo de afastamento laboral e recuperação da saúde, os(as) trabalhadores(as) que detinham conhecimento sobre a atuação sindical e estavam filiados(as) recorreram a essa alternativa. Nessa esfera, a entidade demonstrou ser um instrumento essencial para a defesa de direitos trabalhistas, cumprindo sua responsabilidade de prestar assistência jurídica gratuita e de cooperar no estudo de contratempos pertinentes às diversas categorias. Essa intervenção abrange desde a concessão de orientações legais até ações junto aos locais de trabalho, além da emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e, em alguns casos, o encaminhamento ao CEREST para formalização do documento. A atuação sindical, ao mobilizar a capacidade de negociação e o apoio social, visa subsidiar o acesso aos benefícios previdenciários e trabalhistas, reafirmando o sindicato como um agente ativo na resolução de problemas vinculados à sua classe em momentos de vulnerabilidade (Kleinakuf & Furlan, 2023).

Em contrapartida, os(as) trabalhadores(as) não sindicalizados(as) relataram não recorrer a essa alternativa de apoio, o que evidencia uma lacuna crítica no acesso à proteção social e um sintoma da crise de legitimidade da instituição. As razões para essa ausência de filiação e recurso são multifacetadas, refletindo o cenário de fragilização do sentimento coletivo na pós-modernidade. Tal fenômeno engloba o desconhecimento sobre a atuação da entidade, a desconfiança resultante da

quebra de solidariedade de classe, e a influência direta da gestão. A administração frequentemente desencoraja a filiação ao caracterizar o sindicato como um agente de conflito, perpetuando o enfraquecimento da atuação sindical pelo afrouxamento dos laços sociais. Esta falta de confiança impede a renovação da legitimidade social do sindicato, reforçando a tendência observada de decréscimo nas taxas de sindicalização, mesmo em setores historicamente fortes. Adicionalmente, a filiação é correlacionada com uma maior participação cívica e política do indivíduo, sugerindo que a ausência de engajamento social prévio dos não filiados contribui para a inércia em buscar o apoio sindical (Kollmeyer, 2013; Reis, 2021).

Um dispositivo destacado nos discursos dos(as) trabalhadores(as) adoecidos(as) foi o CEREST, integrante da RENAST. Contudo, a efetivação deste recurso é comprometida, visto que o serviço se mostrou desconhecido pela classe trabalhadora, refletindo o desconhecimento da própria organização da RENAST e a atuação limitada dos CEREST na rede municipal. O acesso ao Centro, portanto, ocorria por vias alternativas, como orientação do sindicato da categoria, indicação de colegas atendidos, busca autônoma na internet ou encaminhamento jurídico para a emissão da CAT. Esse ingresso, entretanto, costumava acontecer tardiamente, apenas após a negligência tanto do empregador quanto dos serviços de saúde em reconhecer o nexo causal entre o adoecimento e as condições laborais, bem como em providenciar a emissão da CAT. Tal cenário é agravado pela dificuldade dos profissionais da Atenção Primária à Saúde em reconhecerem o usuário como trabalhador e em associar a queixa principal às influências do trabalho, perpetuando a lógica do modelo biológico centrado na doença em detrimento dos pressupostos da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) (Cavinatto et al., 2025).

Nas experiências de acesso ao CEREST, evidenciou-se o elevado preparo técnico dos profissionais e a qualidade do atendimento, caracterizado pelo acolhimento humanizado e pela construção de um vínculo de confiança entre trabalhadores e equipe. Esse acolhimento se insere na proposta de valorização do trabalho na determinação do processo saúde-doença, funda-

mental para a concretização da ST como Direito Humano. O vínculo estabelecido não só favoreceu a recuperação da saúde, como também fortaleceu a capacidade do indivíduo de reivindicar direitos violados no ambiente laboral. Em contraste, tais aspectos parecem ainda ausentes ou pouco consolidados nos serviços de saúde privados, o que contribui para a manutenção da negligência em relação à ST, num cenário de perda de direitos e precarização do trabalho. O CEREST, ao atuar como um centro articulador de ações, cumpre o papel de dar resposta a problemáticas que fragilizam o campo da ST (Strausz et al., 2025).

Em contraposição à experiência positiva com o CEREST, o INSS foi percebido pelos(as) trabalhadores(as) como um ponto de precariedade e desumanização no atendimento. Os relatos destacam que a avaliação pericial é caracterizada pelo silenciamento do(a) segurado(a), pelo julgamento das condições de saúde apresentadas e pela recusa frequente de documentos ou da própria avaliação do nexo causal. Essa conduta e o consequente indeferimento dos benefícios impõem ao(a) trabalhador(a) uma situação de vulnerabilidade econômica e social extrema, afetando diretamente a segurança de sua família e culminando no agravamento de suas morbididades. Esse cenário demonstra a necessidade premente de aprimoramento constante das ações da Previdência Social, principalmente no que se refere ao atendimento humanizado e ao reconhecimento das especificidades de determinados grupos profissionais no serviço de reabilitação profissional.

A maior dificuldade do INSS é a maneira como os peritos nos atendem. Eu não sei como é o treinamento deles, mas tem peritos que não olham para a sua cara, você entrega os exames, eles mal olham e lhe devolvem, eles ficam insinuando que você está ali querendo um benefício sem ter direito, que você não tem nada, eles julgam dessa forma (Participante 1).

A experiência dos(as) trabalhadores(as) no INSS comprova a violência institucionalizada e a revitimização enfrentada pelos indivíduos adoecidos durante a realização das perícias. Nesse

contexto, é gerado no(a) segurado(a) sentimentos de medo, julgamento, humilhação, tristeza e sensação de injustiça, assumindo um papel contrário à missão fundamental do órgão, que é garantir a proteção social e o direito constitucional à segurança. O sofrimento do indivíduo é prolongado no momento do exercício de direitos sociais, pois o sistema prioriza seu próprio funcionamento e código interno em detrimento da percepção do(a) usuário(a). Essa complexidade burocrática, que redundava em tratamento desumano e descompasso comunicativo entre os subsistemas saúde e previdência, tem como consequência a judicialização massiva dos benefícios (Smolenaars et al., 2024).

Diante da percepção de violação de direitos no ambiente laboral, em decorrência da desproteção à saúde do trabalhador, como também na esfera previdenciária, devido à conduta do INSS, os(as) trabalhadores(as) recorreram ao Poder Judiciário em busca de reparação (Leme & Filho, 2018). Assim, a Justiça do Trabalho é acionada para pleitear direitos trabalhistas e, simultaneamente, a Justiça Comum para contestar decisões arbitrárias do INSS relativas à avaliação de sua capacidade laboral e a benefícios previdenciários acidentários. Esse elevado número de ações judiciais constitui a judicialização da saúde do trabalhador, um reflexo direto da omissão e ineficiência do Estado em garantir o comando constitucional de proteção e fiscalização. Embora o acesso ao sistema judicial implique em considerável ônus, os trabalhadores o reconhecem como o último recurso disponível para a efetivação de direitos fundamentais negligenciados em múltiplas esferas.

O desconhecimento da PNSTT, de seus dispositivos e das possibilidades na esfera da saúde pública, que permeia o discurso dos entrevistados(as), é sintoma de uma escassa articulação intersetorial entre os domínios da Saúde e do Trabalho. Essa desarticulação compromete a efetividade da proteção social. A experiência do percurso na PNSTT demonstra que a implementação de ações para promover e proteger a saúde do trabalhador requer, fundamentalmente, articulação intra e intersetorial. As diretrizes da PNSTT demandam transversalidade, integrando as políticas de saúde com a atuação conjunta de outros setores, a exemplo

de previdência, trabalho, meioambiente e desenvolvimento socioeconômico.

A ausência de menção a outros dispositivos da rede pública de saúde pelos(as) participantes revela que o reconhecimento do nexo entre adoecimento e trabalho permanece concentrado no CEREST, em contraste com as diretrizes da PNSTT, que recomendam que essa relação seja considerada em todos os pontos de atenção da RAS. As melhorias apontadas pelos trabalhadores para o CEREST referem-se à insuficiência de investimentos na Rede de Saúde do Trabalhador da Paraíba, situação que resulta na sobrecarga dos profissionais e na existência de regiões desprovidas de cobertura adequada.

Considerações finais

Os resultados discutidos neste trabalho demonstram que o adoecimento relacionado ao trabalho é atravessado por múltiplas formas de invisibilidade e negligência no campo da ST. Essas falhas se iniciam no próprio ambiente laboral e se estendem pelos dispositivos públicos e privados de saúde, limitando o acesso efetivo dos trabalhadores às diretrizes da PNSTT. Diante desse cenário, a judicialização surge como alternativa para reivindicar e recuperar o direito à saúde que, historicamente, é sistematicamente negado.

Ademais, para acessar serviços que reconheçam o trabalho como determinante do processo saúde-doença, os trabalhadores en-

frentam diversas barreiras que comprometem a efetivação da PNSTT. Entre elas, destaca-se o desconhecimento da própria política, a insuficiente qualificação de profissionais da saúde para identificar e estabelecer o nexo causal, a sobrecarga das equipes do CEREST, a carência de investimentos na RENASTT na Paraíba e a ausência de integração entre os órgãos responsáveis pela atenção. Tais fragilidades intensificam sentimentos de solidão, medo e insegurança diante do adoecimento, além de favorecerem práticas desumanizadoras que ampliam a vulnerabilidade social do trabalhador e de sua família.

Por fim, ressalta-se que a atuação de sindicatos e CERESTs torna-se fundamental para ressignificar os sentimentos de abandono, constituindo-se como espaços de apoio, acolhimento e possibilidades de recuperação da saúde para os trabalhadores adoecidos. Ademais, evidenciou-se que ouvir as narrativas dos trabalhadores sobre suas experiências nos dispositivos acessados pode fornecer subsídios valiosos tanto para repensar práticas no interior dos ambientes laborais quanto para aprimorar a forma como a PNSTT é operacionalizada. Diante disso, sugere-se a ampliação de estudos que incluam diferentes categorias profissionais e vínculos de trabalho, especialmente no setor informal, a fim de subsidiar intervenções que fortaleçam a articulação intersetorial e assegurem o acesso universal às ações e diretrizes da PNSTT.

12

Referências

- Alencar, M. C. B., & Ota, N. H. (2011). O afastamento do trabalho por LER/DORT: repercussões na saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22(1), 60-67.
- Andrade, A. G. M. (2019). Atenção Primária à Saúde: tecendo a rede de cuidado do usuário-trabalhador no território [Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Bahia]. Repositório Institucional da Universidade Federal da Bahia. https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/31779/1/DISSERTACAO_Andrea_Garbo-ggini_Melo_Andrade_VERSAO%20FINAL%20PARA%20REPOSITORIO_2019.pdf
- Andrade, A. G. M., Neves, R. da F., Carvalho, R. de C. P., Dias, E. C., & Lima, M. A. G. de. (2021). (In)Visibilidade do usuário-trabalhador na interação com profissionais de saúde no contexto de uma Unidade de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*, 25. <https://doi.org/10.1590/interface.200700>
- Artur, K. (2015). Participação e direito à saúde dos trabalhadores. *Saúde e Sociedade*, 24(3), 853-868. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015133201>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde (E. C. Dias, Org.). Editora MS.
- Brasil. (2023). Portaria GM/MS Nº 1.999, de 27 de Novembro de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017 para atualizar a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). *Diário Oficial da União*. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.999-de-27-de-novembro-de-2023-526629116>
- Carvalho, R. C. P. (2019). Saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde: compreender o passado para planejar o futuro [Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Bahia]. Repositório Institucional da Universidade Federal da Bahia. https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/31570/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Rita%20Peralta_UFBA_08jan2020.pdf
- Cardoso, A. C. M. (2015). O trabalho como determinante do processo saúde-doença. *Tempo Social*, 27(1), 73-93. <https://doi.org/10.1590/0103-207020150110>

- Cavinatto, T. J., Santos, L. L. D., Moriguchi, C. S., & Mendes, R. T. (2024). Fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador pela mobilização social: relato de experiência. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 49(1), 1–13. <https://doi.org/10.1590/2317-6369/04022pt2024v49e1>
- Cavinatto, T. J., Silva, M. F., Miranda, F. M., Silva, J. A. M., & Mininel, V. A. (2025). Fragilidades e estratégias para fortalecimento das ações em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: percepções de trabalhadores de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional (RBSO)*, 50(12). <https://doi.org/10.1590/2317-6369/15923pt2025v50e12>
- Delfino, L. G., & Moraes, T. D. (2015). Percepções sobre adoecimento para caminhoneiros afastados pelo sistema de previdência social. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 6(2), 113–137. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2015v6n2p113>
- Ferreira, M. C. (2015). Qualidade de vida no trabalho (QVT): do assistencialismo à promoção efetiva. *Laboreal*, 11(2), 1-13. <https://doi.org/10.4000/laboreal.3552>
- Fonseca, B. M. C., Braga, A. M. C. B., & Dias, E. C. (2019). Planejamento de intervenções em Saúde do Trabalhador no território: uma experiência participativa. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 44(36), 1–9. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000015018>
- Geraldi, L., Miranda, F. M., Silva, J. A. M., & L'Abbate, S. (2022). Competências profissionais para a atenção à saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 46(2), 1–11. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.2-20210469>
- Hennington, É. A., Santos, G. B. D., & Pasche, D. F. (2024). Dez anos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e os desafios da formação para (trans)formação do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 49(4), 1–10. <https://doi.org/10.1590/2317-6369/21622pt2024v49e4>
- Kleinakuf, A. R., & Furlan, F. P. P. (2023). Sindicatos: Importância e sindicalismo. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação-REASE*, 9(9), 2226–2237. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i9.11343>
- Kollmeyer, C. (2013). Who joins trade unions?: Testing new sociological explanations. *Comparative Sociology*, 12(4), 548–574.
- Leme, R. S., & Filho, L. P. P. (2018). A desproteção à saúde do trabalhador e a sua judicialização. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, 8(3), 290–306. <https://doi.org/10.5102/rbpp.v8i3.5621>
- Lima, M. L. R., Bacelar, W. K. D. A., Fernandes, P. C. C., & Oliveira, T. R. (2023). Trabalho, adoecimento, volta e readaptação do trabalhador. *Revista Científica*, 6(1), 1235-1249. <https://revista.sciencesociety.net/wp-content/uploads/2023/09/Art00153-2023.pdf>
- Minayo, M. C. S. (2006). O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde (9. ed.). Hucitec.
- Minayo Gomez, C., Vasconcellos, L. C. F. de, & Machado, J. M. H. (2018). Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1963–1970. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>
- Miquilin, I. O. C., Marín-León, L., Monteiro, M. I., & Carvalheira, M. (2013). Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(7), 1392-1406. <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2013.v29n7/1392-1406/pt>
- Neto, S. B., Zanchetta, G. B., & Lustre, P. S. (2021). Saúde e Segurança no Trabalho: um direito humano. In D. Braatz, R. Rocha, & S. Gemma (Orgs.), *Engenharia do trabalho: saúde, segurança, ergonomia e projeto* (p. 99–124). Ex Libris Comunicação.
- Neto, F. S., & Bezerra, O. M. P. A. (2022). A saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde: vivências em uma Unidade Básica de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 25(1). <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.35043>
- Portaria nº 2.728/2009, de 11 de novembro de 2009. (2009). Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html
- Portaria nº 1.823/2012, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*, Seção 1, p. 46–50. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html
- Rafagnin, M. S. S., & Rafagnin, T. R. (2020). Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: uma reflexão sobre a gestão da saúde e doença da classe-que-vive-do-trabalho. *Barbarói*, (57), 88–102. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.15069>
- Ramos, M. Z.; Tittoni, J.; Nardi, H. C. (2008). A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 11(2), 209-221.
- Reis, I. M. (2021). Legitimidade social x legitimidade jurídica: Uma análise sob a perspectiva da crise de representatividade dos sindicatos. *Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região*, 67(104), 217–237. <https://as1.trt3.jus.br/bd-trt3/bitstream/handle/11103/74534/Revista%20104%20p.%20217-237.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ribeiro, B. C. (2024). Nexos causal entre trabalho e saúde/doença e o problema das perícias. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 49(8). <https://doi.org/10.1590/2317-6369/38622pt-2024v49e8>
- Silva, C. G., Fortes, R. A., Gallasch, C. H., & Barral, F. E. C. A. (2020). Acesso de trabalhadores de um território aos serviços ofertados pela unidade básica de saúde. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 28, 1-6. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.44711>
- Silva, F. F. V. (2021). Atenção integral em Saúde do Trabalhador: limitações, avanços e desafios. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 46(12), 1–9. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000020719>
- Smolenaars, C. C., Pellin, D. R., & Martini, S. R. (2024). A (des)humanidade do procedimento de perícia médica no benefício por incapacidade: lógica imunitária que requer reflexividade fraterna. *Revista do Direito*, (73), 25–53. <https://doi.org/10.17058/rdunisc.vi73.19209>
- Strausz, M. C., Corrêa, M. J. M., Teodoro, R., Corrêa Filho, H. R., Vasconcellos, L. C. F., & Leão, L. H. C. (2025). Saúde do Trabalhador como Direito Humano: rumo à 5ª CNSST. *Saúde em Debate*, 49(2), <https://doi.org/10.1590/2358-28982025E2AP-P>
- Schwartz, Y., & Durrive, L. (2021). *Trabalho & Ergologia: Conversas sobre a atividade humana* (3. ed.). EdUFF.
- Tambellini, A. T., Almeida, M. G. de, & Camara, V. de M. (2013). Registrando a história da Saúde do Trabalhador no Brasil: notas sobre sua emergência e constituição. *Em pauta*, 11(32), 21-37. <https://doi.org/10.12957/rep.2013.10154>