

Retos de la Reincorporación al Trabajo desde la perspectiva de los trabajadores tras una baja por enfermedad laboral

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

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

DOI: 10.1590/2358-289820251449147E

RESUMEN La Reincorporación al Trabajo (RT) involucra a varios actores sociales para construir estrategias colectivas e integradas basadas en objetivos compartidos que faciliten la reintegración y retención de los empleados en el trabajo. Este proceso debe considerar los aspectos biopsicosociales de los trabajadores y las condiciones del lugar de trabajo. Esta investigación cualitativa tuvo como objetivo identificar los desafíos de RT desde la perspectiva de los trabajadores después de una licencia por enfermedad relacionada con el trabajo. Entrevistamos a ocho trabajadores que fueron víctimas de enfermedades o accidentes ocupacionales y que fueron atendidos por un Servicio Público de Salud Ocupacional brasileño. Analizamos las declaraciones considerando enfoques teóricos y metodológicos de la RT, Psicodinámica del Trabajo y Análisis del Discurso. Los resultados mostraron que la RT persiste como una experiencia problemática y los trabajadores no reciben el apoyo adecuado de las partes interesadas. Los servicios están sin preparación y son incipientes en la gestión de casos, emergiendo y escalando sentimientos negativos a lo largo del proceso de la RT. Creemos que los Servicios Públicos de Salud Ocupacional deben liderar el proceso de la RT con la participación de las partes interesadas y centrarse en las necesidades de los trabajadores afectados por enfermedades.

PALABRAS CLAVE Salud ocupacional. Reincorporación al Trabajo. Accidentes ocupacionales. Enfermedades ocupacionales.

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

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

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

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



Introducción

El trabajo es un determinante relevante de la salud. Puede afectar positivamente a los trabajadores y proporcionar estatus social, desarrollo personal, relaciones sociales, y mejorar la autoestima, los ingresos del hogar y los aspectos económicos¹. Además, el trabajo no es un entorno externo, sino algo interno que desencadena satisfacción y reconocimiento². Por otro lado, el trabajo también puede causar angustia y alienación, obligando a los trabajadores a luchar para protegerse de las imposiciones de la organización laboral³ y los riesgos de accidentes y enfermedades.

A lo largo de los años, la angustia de los trabajadores ha aumentado debido a las condiciones laborales subestándar por políticas públicas deficientes que acentuaron el control sobre los movimientos sociales relacionados con el trabajo, particularmente los sindicatos⁴.

La organización del lugar de trabajo impone reglas para llevar a cabo el trabajo que afecta la salud de los trabajadores y eleva el ausentismo laboral^{5,6}, aumentando el malestar individual. En este asunto, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) estima aproximadamente 2.78 millones de muertes anuales debido a lesiones relacionadas con el trabajo, de las cuales 2.4 millones se refieren a enfermedades, además de 374 millones de accidentes laborales no fatales⁷.

El Instituto Nacional de Seguridad Social de Brasil (INSS) es un sistema gubernamental de seguros/compensaciones para trabajos regulares, pagado por empleados y empleadores, que incluye a los empleados contratados por las Leyes Laborales Consolidadas (CLT), trabajadores domésticos, trabajadores autónomos y trabajadores independientes. El INSS otorga beneficios por incapacidad laboral a partir del décimo sexto día de licencia por enfermedad, condicionado a un informe médico de un médico⁸. Notablemente, el trabajo informal representa casi el 50% de la fuerza laboral brasileña, y cualquier sistema de compensación no cubre a los trabajadores en esta condición. Sin

embargo, pueden acceder y recibir asistencia del Sistema Único de Salud de Brasil (SUS) – un sistema público universal.

El apoyo financiero del SUS es esencial para financiar acciones y servicios de salud pública, lo que lleva a mejoras en la calidad de vida de las personas y en los indicadores de salud, especialmente para la población de bajos ingresos en las diversas líneas de atención médica⁹, que incluyen el cuidado de los trabajadores. El SUS ofrece acceso universal a todos los servicios de salud, independientemente de la condición laboral, lo que incluye los Servicios Públicos de Salud Ocupacional – SPSO (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest), una estrategia para garantizar la promoción de la salud en el lugar de trabajo y de los trabajadores. Alrededor de 215¹⁰ SPSO están distribuidos en Brasil, y cada uno cuenta con un equipo multiprofesional que trabaja en conjunto en la prevención y la promoción de la salud ocupacional a través de inspecciones en los entornos laborales, asistencia a los trabajadores y apoyo técnico a la Atención Primaria de Salud (APS).

Para asegurar el éxito de la Reincorporación al Trabajo (RT), la rehabilitación de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo es necesario abordar los aspectos físicos y psicológicos de los trabajadores por un equipo multidisciplinario, considerando sus habilidades para adaptarse al trabajo¹¹. Se necesita la colaboración y el compromiso de las diferentes partes interesadas para restablecer la salud y las capacidades biopsicosociales de los trabajadores y luego proporcionar adaptaciones y apoyo en el lugar de trabajo para permitir su reintegración.

Los interesados y los trabajadores deben interactuar a través de una acción multidisciplinaria y transdisciplinaria para identificar los factores que influyen en la RT y diseñar estrategias basadas en diferentes contextos¹². Este proceso se basa en la comunicación, la negociación y las perspectivas personales para llegar a decisiones que aborden las necesidades de los trabajadores y los empleadores¹³. Las

estrategias deben centrarse en la participación activa de los trabajadores, considerando las nuevas condiciones de salud, los requisitos profesionales, el lugar de trabajo¹⁴ y la autoeficacia percibida¹⁵.

Una revisión de la literatura señaló que las intervenciones con resultados positivos para la RT incluían varios componentes, incluyendo salud, gestión de servicios y adaptaciones en el lugar de trabajo, considerando factores individuales y sociales. Las intervenciones multifactoriales y multidisciplinarias se reflejan en los resultados finales y disminuyen el tiempo fuera del trabajo y los gastos por discapacidades¹⁶. Mientras tanto, en Brasil, las intervenciones para la RT que pueden incluir diferentes partes interesadas y aspectos biopsicosociales de los trabajadores aún son embrionarios, como algunos ejemplos implementados por algunos SPSO¹⁷⁻¹⁹.

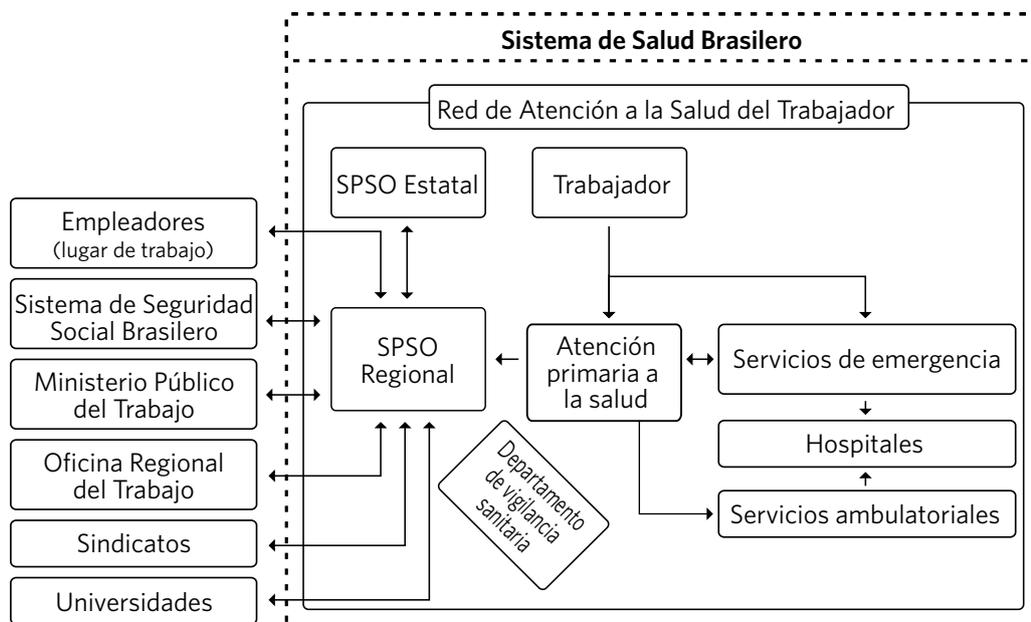
Considerando lo anterior, este estudio tuvo como objetivo identificar los desafíos

de RT desde la perspectiva de los trabajadores después de una licencia por enfermedad relacionada con el trabajo.

Material y métodos

Este estudio cualitativo y descriptivo-exploratorio se basó en el Análisis del Discurso (AD) francés, que identifica los sentidos y significados de las situaciones experimentadas por los individuos²⁰. Se llevó a cabo en un SPSO regional en el interior del estado de São Paulo, Brasil. Este servicio se basa en un equipo multiprofesional que involucra enfermeras, médico, trabajador social, fisioterapeuta, psicólogo, ingenieros, técnico en seguridad ocupacional, asistente administrativo, asistente de limpieza, conductor e inspectores de vigilancia de salud ocupacional. La comunicación de SPSO con diferentes partes interesadas se puede ver en la *figura 1*.

Figura 1. Comunicación del SPSO con las diferentes partes interesadas brasileñas

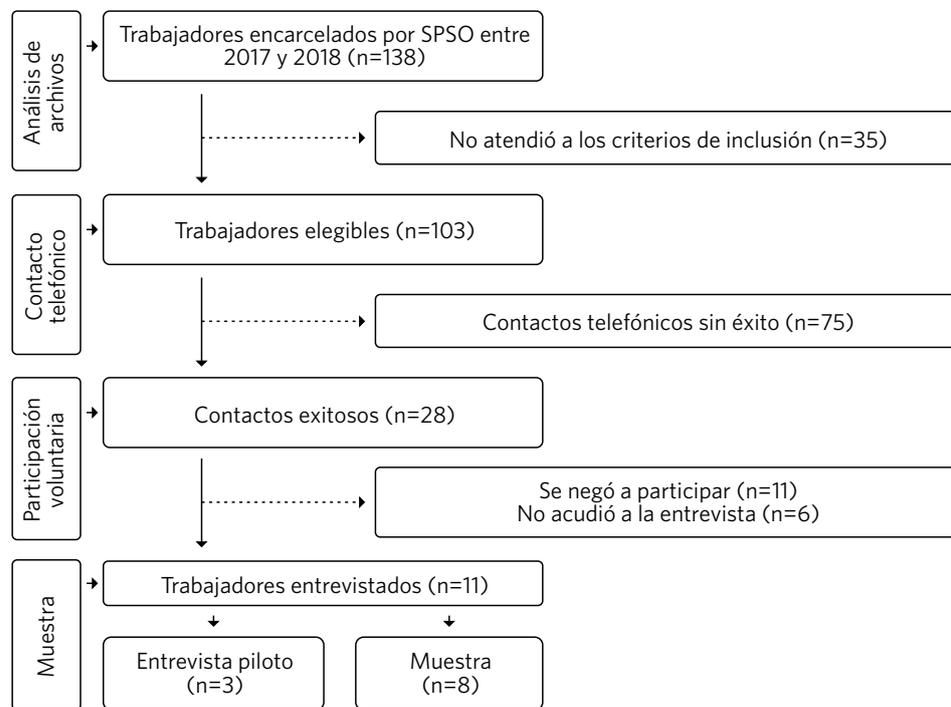


Fuente: creado por los autores (2023).

Los criterios de inclusión eran ser un trabajador mayor de edad que había estado ausente del trabajo durante al menos quince días debido a lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, que había sido asistido por SPSO en 2017 y 2018, y que ya había regresado al trabajo en el momento del contacto. A pesar de reconocer las diferencias entre la naturaleza de las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo, optamos por incluir las diferentes situaciones que motivaron la licencia laboral una vez que el objeto de investigación es la RT y el papel de SPSO en este proceso, independientemente del factor que desencadenó la licencia.

Recopilamos datos en dos etapas; primero, analizamos los archivos de 2017 y 2018 de SPSO para identificar a los trabajadores que cumplían con los criterios de inclusión. Luego, realizamos entrevistas individuales semiestructuradas cara a cara siguiendo una hoja de ruta preconcebida con datos de caracterización y seis preguntas sobre la experiencia de la RT. Se realizaron tres entrevistas piloto para validar la hoja de ruta, y no formaron parte de la muestra. La *figura 2* muestra un diagrama de flujo de los procedimientos de recolección de datos.

Figura 2. Proyecto de muestro para recolección de datos



Fuente: creado por los autores (2023).

Todas las entrevistas se llevaron a cabo en una sala privada y fueron grabadas en audio y video, una estrategia indispensable para el marco teórico y metodológico adoptado en el estudio, que considera los discursos verbales

y no verbales. Los datos fueron analizados en función del AD francés, evolucionando hacia un análisis de tres etapas sin interpretación preestablecida: se utilizó la desuperficialización para el pasaje de la superficie lingüística

(etapa 1: texto) al objeto discursivo (etapa 2: formación discursiva), y se incluyeron gestos de interpretación para alcanzar el proceso discursivo (etapa 3: formación ideológica)²¹.

Buscamos lograr los sentidos y significados en la declaración de cada trabajador. Por lo tanto, fue necesario entender los conceptos señalados en AD como una condición de producción, que se refiere a las circunstancias en las que se producen los discursos; *corpus*, que incluye material para el análisis, seleccionando fragmentos discursivos; olvido n.1 relacionado con la enunciación, un proceso inconsciente e ideológico en el que los sujetos tienen la ilusión de ser el origen de su declaración; olvido n.2 vinculado a la subjetividad, en el que los sujetos seleccionan las palabras y secuencias discursivas de otros para usar en su declaración; y metáfora y efecto metafórico, que representa un desliz en el discurso, refiriéndose a alguna formación discursiva, promoviendo un cambio de significado²¹.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación de la Universidade Federal de São Carlos, Brasil, bajo el Certificado de Presentación para Apreciación Ética N° 08627819.6.0000.5504 y aprobación N° 3.291.225. Todos los participantes firmaron el formulario de consentimiento para participar. Se respetaron todos los principios éticos de la investigación humana, tal como se establece en las Resoluciones del Consejo Nacional de Salud (CNS) N° 466²², de fecha 12 de diciembre de 2012, y N° 510²³, de fecha 7 de abril de 2016.

Resultados

Entrevistamos a ocho participantes, cinco hombres y tres mujeres de entre 26 y 66 años, que trabajan en estas profesiones: empleado, asistente de producción, fundidor, asistente de logística, rectificador de motores, asistente de limpieza, conductor y técnico en enfermería. En cuanto al nivel educativo, cuatro no completaron la educación primaria, tres

completaron la secundaria/formación profesional y uno completó la educación superior.

La licencia por enfermedad ocurrió de 2014 a 2018, con una duración mínima de un mes y un máximo de dos años. Cinco de ellos se fueron debido a enfermedades relacionadas con el trabajo (espondilolistesis, síndrome de hombro doloroso, trastorno de adaptación, dolor lumbar y tendinopatía en el hombro derecho), y tres debido a lesiones relacionadas con el trabajo (caída al mismo nivel, caída a un nivel inferior y fractura del tobillo izquierdo debido a un accidente de motocicleta). En ese momento, todos los trabajadores recibieron compensación del INSS, pero solo cinco informaron que sus condiciones fueron reconocidas como relacionadas con el trabajo.

Todos los trabajadores informaron que regresaron al mismo empleador después de la rehabilitación. Sin embargo, dos regresaron a diferentes actividades. A la mayoría de los trabajadores se les cambió de puesto de trabajo después de un tiempo determinado de RT. En la entrevista, dos trabajadores estaban desempleados, dos jubilados (pero hacían trabajos informales para complementar sus ingresos), y cuatro estaban empleados – solo dos en empleo formal; los otros dos se convirtieron en conductor de Uber y pintor. Además, todos los trabajadores informaron de un deterioro de la salud como resultado de la lesión que provocó su licencia laboral; sin embargo, solo seis realizaron rehabilitación en el SPSO.

A través de AD, encontramos que todos los encuestados asumieron predominantemente la formación discursiva de los trabajadores en una relación subordinada, resultante de relaciones de poder jerárquicas en sus experiencias laborales. Como resultado de la de-superficialización, los trabajadores fueron caracterizados como trabajadores contratados con empleos formales y horarios de trabajo preestablecidos sin ocupar posiciones superiores o jerárquicas en las empresas.

En cuanto al discurso no verbal, algunos trabajadores mostraron ansiedad durante la entrevista; algunos la expresaron más

intensamente sujetándose y agitando las manos, golpeando las teclas de la silla y teniendo dificultades para encontrar palabras con las que explicar cómo se sentían. A veces se reían irónicamente y sarcásticamente, hacían pausas en las declaraciones, expresaban dolor, mostraban indignación, respiraban profundamente, enfatizaban algunas palabras y simplemente miraban. Sin embargo, algunas declaraciones fueron claras y objetivas, con expresiones de satisfacción y alegría al hablar del trabajo, implicando su significado. Estos comportamientos expresados en el discurso

no verbal muestran las marcas del trabajo en los trabajadores y la experiencia de la RT.

Las declaraciones de los trabajadores se separaron en fragmentos discursivos (*corpus*) y se mostraron en las *tablas 1 a la 3*. Para proteger sus identidades, recibieron la letra ‘T’ que se refiere a la primera letra de ‘Trabajador’ seguida de un número cardinal. Cada tabla contiene un segmento correspondiente a la pregunta guía y algunos fragmentos discursivos que definen ese segmento. La *tabla 1* presenta el *corpus* del proceso de la RT según los participantes.

Tabla 1. Fragmentos discursivos sobre el proceso de la RT

“¡Ah! Fue muy tranquilo, comencé a regresar poco a poco, volví al mismo trabajo y en la misma posición, pero regresé lentamente, ¿sabes?! [...] Hice lo mismo pero no al mismo ritmo [...] Trabajé con personas con las que solía trabajar antes, así que volví mucho más lentamente, sin una demanda intensa... eso es todo”. T.1 (comportamiento ansioso, apretando los dedos en las piernas).

“[silencio] no, para mí era normal... Regresé normalmente como si nada hubiera pasado [...] no mostré que estaba sufriendo [...] mi trabajo allí es [...] fue mucho para una persona, pero estuve allí, firme y fuerte, ¿sabes?! Necesitamos trabajar, dependemos de ello, sabes... tienes que hacerlo... [ríe] No es un trabajo que digas ‘guau’, pero es tu trabajo... debes hacer todo allí tú mismo”. T.3 (comportamiento ansioso).

“Al principio, fue un poco difícil, me costó volver a mis actividades, porque el dolor todavía me molestaba un poco tanto [...] así que, no me quedé mucho tiempo en la empresa después, ya no podía desarrollar mi trabajo como antes, ¿entiendes?!”. T.4 (comportamiento ansioso).

“Ah, fue difícil, ¿verdad? porque el INSS [Instituto Nacional de Seguridad Social] me dio de baja sin que yo pudiera volver a trabajar adecuadamente... Sufrí mucho [...] si ibas a la corte, a veces ganabas, a veces no; así que perdiste tiempo y no recibiste ninguna compensación del empleador [...] estabas obligado a sacrificarlo [...] el INSS es complicado... a veces tienes un certificado médico que prueba todo [...] y a veces los médicos no lo consideran, no sé por qué”. T.5 (discurso objetivo, sugiriendo indignación)..

“Mira, el proceso fue muy difícil, porque estuve... cuánto tiempo tomé... [empresa] aún no tenía un lugar para colocarme [...] quiero decir... quería volver a trabajar, pero aún no tenían un lugar para colocarme, ¿verdad? así que estaba esperando en casa [...] así que, esta es una preocupación cuando regresamos de la licencia para rehabilitación, fue algo complicado, tuve que luchar [ríe con ironía]”. T.8 (mira hacia arriba, contemplativo, pareciendo buscar palabras para explicar).

Fuente: preparado por los autores.

La RT se consideraba un proceso complicado, y los trabajadores destacaron el desafío de realizar actividades con una nueva condición de discapacidad, enfrentando la falta de asistencia y el desinterés de partes interesadas como el INSS y los empleadores. Incluso cuando los trabajadores compartieron experiencias positivas (como citó T.1), en un desliz en el discurso, podemos verlo mencionando

que el lugar de trabajo aún requiere ajustes. T.3 mencionó las obligaciones y la sobrecarga impuestas por el lugar de trabajo y la necesidad de mantenerse fuerte y parecer perfectamente capaz de realizar las tareas laborales; el estrés se agrava cuando los trabajadores no se sienten capaces de llevar a cabo una tarea, como señala T.4. La *tabla 2* muestra los sentimientos de los trabajadores durante la RT.

Tabla 2. Fragmentos discursivos sobre los sentimientos de los trabajadores durante el RT

“Ah, al principio me sentí un poco inseguro con el movimiento... y no poder volver al trabajo, pero luego me sentí confiado y fue fluido, no tuve problemas”. T.1 (discurso objetivo).

“Mira, me sentí humillado [...] antes de tener el accidente, mi superior y todos solían hablarme, y cuando regresé empezaron a murmurar sobre mí a escondidas [...] mirándome de pies a cabeza”. T.2 (responde rápida y directamente).

“[...] es como si ya te sintieras como una persona que no se ha adaptado, siendo ya no útil [...] interfiere mucho con lo psicológico [...] la gente te exige [...] no evaluarán en profundidad si realmente puedes hacerlo de nuevo [...] de hecho, ellos [los empleadores] quieren resultados, quieren un rendimiento de ti [...] entonces te sientes como... no está bien así, pero un poco inválido porque... quieres hacerlo, pero ya no puedes hacerlo... y la gente te mira con ese tipo de demanda, ¿sabes? ¡Ellos piensan 'él está arrastrando los pies en el trabajo'; ¿lo entiendes?!”. T.4 (comportamiento ansioso, sigue enrollando papel con las manos).

“Ah, un sentimiento de revuelta... [expresión facial de lamento] porque no tienes derecho a asistencia... porque existe toda la evidencia que prueba que tuviste un accidente, una lesión, y todo. Pasé por un examen médico [...] y tienes que trabajar y a veces con dolor”. T.5

“Mira... [ligera sonrisa de ironía] resumiendo... como una basura, nada, perro sin dueño [...] me sentí como una porquería, un mendigo humano, un parásito. Yo era totalmente dependiente de todos. Hoy todavía soy dependiente, pero al menos puedo caminar; me acuesto en los días que tengo dolor [...] así que no caí porque quise, no me tiré... fue un accidente, y la empresa para la que trabajo no proporcionó ninguna asistencia [...] así que no fui más que un papel arrugado para ser tirado a la basura. Y hoy me he quedado afuera”. T.6

Fuente: preparado por los autores.

Los trabajadores señalaron sentimientos negativos sobre el proceso de la RT, como la humillación, la revuelta (indicada por T.2 y T.5), y una profunda angustia manifestada por culpa, inutilidad e incompatibilidad con la productividad y multifuncionalidad esperadas por el mercado laboral (como dijeron T.4 y T.6). El sufrimiento de los trabajadores se deteriora debido a la necesidad sostenida de probar la

(des)capacidad y sus nuevas condiciones de salud (como lo indica T.5). T.6 expresó a través de un efecto metafórico que se siente como un ‘perro sin su dueño’, ‘basura’, ‘parásito’, es decir, impotente ante todos, luchando por su reconocimiento y aceptación. La *tabla 3* muestra consideraciones adicionales de la RT realizadas por los participantes.

Tabla 3. Fragmentos discursivos sobre las consideraciones adicionales de RT

“No se respetó [refiriéndose a la carta médica para la adaptación laboral]. Estuve en el mismo rol, solo me hicieron cambiar de máquinas, mi máquina era una máquina promedio, él [empleador] me puso a trabajar con una máquina más grande [risas irónicas]”. T.2

“Siempre esperamos, porque te entregas tanto a alguien o a una empresa y luego piensas que no fue lo que pensabas que era. Así que es solo una cuestión de que los empleadores miren un poco más de cerca a los empleados [...] no puedes tratar a un ser humano como si fuera una máquina, un instrumento que pones allí, aprietas el botón y listo... terminas llevando a cabo tu tarea hasta que te sientes agotado, pero no es así, ¿entiendes?! Es una vida y una vida no tiene precio”. T.4 (comportamiento ansioso).

“El INSS no proporciona rehabilitación, la persona vuelve a trabajar incluso peor; luego la persona tiene que ausentarse de nuevo... no hay validez, el tratamiento no coincide con la fecha, parece que el asegurador y los sistemas de salud no hablan el mismo idioma. Debe haber un seguimiento por parte de ambos con el tratamiento y la persona adecuados”. T.5.

“[...] en todas partes a donde voy, este trabajo no se hace con empleados. Por ejemplo, cuando un empleado tiene un problema, siguen reemplazando... no evalúan por qué está sucediendo, qué está sucediendo [...] y el gran problema que veo es el liderazgo mal preparado”. T.8 (discurso objetivo).

Fuente: preparado por los autores.

Al final de cada entrevista, brindamos a los trabajadores la oportunidad de hacer sus consideraciones finales. Todos ellos reforzaron la invisibilidad de la clase trabajadora asociada con su desprecio histórico, principalmente con medidas punitivas (como lo experimentó T.2). Históricamente, los trabajadores han sido marcados por la explotación, la falta de confianza y la imposición jerárquica, sufriendo castigos de diferentes áreas.

Discusión

En muchas situaciones, los trabajadores ocultan su angustia en una estrategia defensiva para eludirla³ y por miedo a la represalia y estigmatización de los supervisores y compañeros. Por otro lado, muchos trabajadores abandonan la empresa porque no pueden cumplir con las demandas del trabajo. Los trabajadores experimentan dificultades y sentimientos de vergüenza por miedo a ser juzgados y etiquetados por sus compañeros, provocados por la falta de preparación de los empresarios para ofrecer un trabajo compatible con la nueva condición²⁴.

Más allá de la discapacidad física y el sufrimiento, los trabajadores también enfrentaron la limitación de los servicios de salud y los profesionales en el manejo de casos. Necesitaban presentar evidencia que pruebe su discapacidad en varias situaciones. Sin embargo, no siempre los empleadores y supervisores lo reconocieron, por lo que tuvieron que someterse a tareas que no se adecuaban a sus habilidades, como lo experimentó T.5. La falta de comunicación sobre las discapacidades de los trabajadores también ocurrió entre los proveedores de salud y el sistema de compensación. A veces, los trabajadores son juzgados como si estuvieran simulando su situación por parte de médicos, quienes niegan el vínculo de la lesión o enfermedad con el trabajo, sugiriendo una “descalificación del reconocimiento social de la enfermedad debido al trabajo”²⁵⁽⁹⁾.

Las nuevas condiciones de salud de los trabajadores en la RT a menudo son invisibles para los empleadores, quienes, por lo tanto, no ofrecen posibilidades de adaptaciones o cambios de puesto de trabajo. Los trabajadores deben luchar para que se respeten sus necesidades y alcanzar una readaptación adecuada (como dijo T.8), lo cual no siempre es posible debido al poder desequilibrado entre ellos y los empleadores. Practicar un modelo colaborativo dirigido a la gestión de la discapacidad que involucra a diferentes partes interesadas, incluido el trabajador, tiene un impacto satisfactorio en la RT²⁶, resultando en entornos modificados de acuerdo con las necesidades y condiciones de salud de los trabajadores. La invisibilidad se encuentra en muchas discapacidades musculoesqueléticas o mentales. Si, por un lado, la patología en sí misma lleva este rasgo, por otro lado, los compañeros y supervisores también tienden a tener dificultades para reconocer el problema. En este aspecto, no se debe culpar a los compañeros y supervisores, ya que a menudo no son conscientes de la naturaleza y evolución de la enfermedad y reflejan la cultura organizacional.

La invisibilidad de los trabajadores puede explicarse por las contradicciones en los modelos de desarrollo de la salud laboral del país. A pesar de que se han realizado avances en esos modelos, la determinación social del proceso salud-enfermedad sigue siendo secundaria, manteniendo las acciones centradas en instrumentos y normas limitadas al lugar de trabajo²⁷.

Las políticas de salud pública brasileñas consideran el trabajo como un determinante de la salud, y el SUS debe proporcionar servicios y acciones sin restricciones dirigidos a todos los trabajadores. En este sentido, la Red de Atención Médica (RAM) desempeña un papel importante en la identificación y el monitoreo de los impactos del estrés laboral en la salud de la población a través de su relación con la sociedad y una visión holística de la atención médica. También promueve la salud

ocupacional, fortaleciendo tales políticas y los derechos de los trabajadores²⁸.

Sin embargo, un estudio señaló que las acciones de la RAM en esta área son desestructuradas y fragmentadas a pesar de que la salud ocupacional tiene un marco legal considerable. Las brechas se identifican como la falta de reconocimiento de las lesiones laborales a través de los puntos de entrada del SUS, acciones de atención fragmentadas, falta de conocimiento de la vigilancia de los organismos laborales en salud ocupacional, realización de acciones de naturaleza curativa en lugar de preventiva, y la falta de protagonismo del trabajador²⁹, lo que señala desafíos en la implementación de redes y, en consecuencia, en la atención integral de la salud³⁰.

Aun así, el SUS se destaca como un actor importante en el proceso de la RT, donde el trabajador busca atención médica, diagnóstico de enfermedades y su conexión con el trabajo, tratamiento, rehabilitación y orientación. El SPSO actúa y proporciona apoyo técnico a todos los servicios de SUS en las acciones de salud ocupacional mencionadas anteriormente.

El rol del SUS no exime a los trabajadores de buscar pruebas de la conexión entre su enfermedad y el trabajo a través de exámenes, dictámenes periciales o el registro de comunicación de accidentes laborales, lo que, aun así, puede llevar al no-reconocimiento por parte del INSS³¹.

En el INSS, los desafíos que enfrentan los trabajadores en el proceso de la RT se ven agravados debido a la evaluación reanudada basada en el modelo biomédico para la admisión a la rehabilitación y la posterior RT, lo que cancela la evaluación por parte del equipo multiprofesional y enfatiza el aspecto físico para ser admitido en dicho programa³².

Las relaciones sociales en el lugar de trabajo se modificaron negativamente después de la reintegración y hicieron que los trabajadores se sintieran excluidos y víctimas de prejuicio y estigma, lo que también ocurrió en otros lugares, como el sistema de compensación,

mostrando la exclusión de los trabajadores si no hay prueba de su discapacidad. Los participantes afirmaron que se sienten descuidados e ignorados incluso cuando los trabajadores tienen alguna evidencia. Un estudio sugiere que los sistemas de compensación deben utilizar un marco para reconocer la relación entre lesiones o enfermedades y el trabajo porque, en algunos casos, la desconfianza de los expertos médicos hacia los aspectos psicosociales de los trabajadores genera ira, humillación, vergüenza e impotencia³¹.

En este contexto, las experiencias de los trabajadores surgieron en discursos verbales y no verbales, trayendo impactos de la desarticulación de las partes interesadas y los enfoques, con posturas que pueden sugerir sentimientos y comportamientos resultantes de las experiencias durante el proceso de licencia por enfermedad y RT, como angustia, estrés, tensión, sentimientos de depreciación e incredulidad. Sin embargo, al colocarse objetivamente, también pueden expresar sus convicciones y puntos de vista sobre la situación vivida.

Los trabajadores se sienten culpables por estos sentimientos. Es una práctica común culpar a los trabajadores por los errores y señalarlos como reemplazables, sin considerar cómo la organización y las condiciones del lugar de trabajo pueden contribuir a lesiones y enfermedades³³. Cuando la capacidad de trabajo y la productividad de los trabajadores se ven afectadas por problemas ocupacionales, son reemplazados y abandonados.

La evaluación de discapacidad y los beneficios del INSS se otorgan tras la evaluación de un experto médico federal a trabajadores con un contrato de trabajo formal o contribuyentes de seguridad social³⁴. Este hecho atribuye el reconocimiento de la lesión relacionada con el trabajo al análisis de la documentación proporcionada por el trabajador, el registro del accidente por parte del empleador y la comparación de datos relacionados con la enfermedad, la ocupación y la actividad económica de la empresa

a la que está vinculado el trabajador y está sujeto al juicio del médico experto.

Depende de otros interesados, especialmente del sector de salud pública, incorporar a los trabajadores excluidos e implementar acciones de atención y vigilancia en salud ocupacional de manera desarticulada. Este grupo comprende a trabajadores que no están asegurados por el Seguro Social o que son inelegibles para el Programa de Rehabilitación de esta organización para la posterior RT, dado que se ha reducido su objetivo a la orientación profesional y se ha excluido la “atención en rehabilitación física y psicosocial para trabajadores con discapacidades”³⁵⁽⁴⁾.

El trabajo es tan significativo y central en la vida de los individuos³⁶ que los problemas de salud que comprometen el rendimiento de los trabajadores causan pérdida de identidad, como lo evidencia T.4. Las sociedades aún están marcadas por la lógica del mercado capitalista y se basan en el consumismo. El poder está concentrado en manos de unos pocos, que mantienen un comportamiento individualista, desigual y jerárquico. No muestran políticas sociales concretas basadas en la equidad, el acceso y oportunidades justas para cada trabajador³⁷, considerando las condiciones y necesidades de los individuos.

El impulso del capitalismo continúa deteriorando la salud de los trabajadores en favor de las ganancias de manera histórica, alcanzando actualmente reducciones y simplificaciones de las normas de seguridad ocupacional³⁸, con flexibilidad en los contratos, nuevas formas de contratación y trabajo de calidad inferior. La lógica capitalista y neoliberal moldea la precariedad laboral ya que requiere cargas pesadas y explota a los trabajadores. Las ganancias son a expensas de la salud, con impactos físicos y psicológicos en los trabajadores. T.4 expresa esta afirmación, pidiendo una perspectiva humana y holística de los empleadores hacia los trabajadores que aún son ignorados como seres humanos y tratados de manera subordinada. La creciente demanda de productividad convierte a los trabajadores en víctimas del

capital y su manipulación alienante, que esclaviza a los trabajadores a su lógica de mantener el enriquecimiento y la posición social de aquellos que detentan el poder. No debemos pasar por alto que las organizaciones explotan a los trabajadores hasta el límite,

imponiéndoles el significado más profundo de su comercialización: la abreviatura de su tiempo de uso como resultado de su característica profundizada de mercancía altamente desechable debido a la enfermedad³⁹⁽⁴²³⁾.

Los trabajadores también señalaron que la falta de preparación institucional en la gestión de la salud ocupacional compromete su constante reubicación entre trabajos. No hay diálogo entre trabajadores y empleadores para invertir en mejoras basadas en las consideraciones de los trabajadores. Esta desarticulación se extiende a los sistemas de seguros/compensación y de salud (como se cita en T.5), promoviendo efectos desastrosos en la vida y la salud de los trabajadores, como la incapacidad para reincorporarse al trabajo y la pérdida de beneficios de compensación, además de los impactos psicológicos, económicos y sociales en los trabajadores.

Esto también refuerza la relevancia y la necesidad de la gestión de la discapacidad laboral y la implementación de programas de RT con un enfoque biopsicosocial para los trabajadores, considerando sus sentimientos y significados desencadenados por el trabajo, además del entorno laboral⁴⁰. Diferentes partes interesadas deben estar involucradas en este proceso, como representaciones del lugar de trabajo, el sistema de salud y la seguridad social. Además, se debe promover la asociación y resaltar la co-responsabilidad por el RT, además de la participación activa de los trabajadores a lo largo de todo el proceso¹⁷.

En cuanto a la interacción entre el asegurador/compensación y los sistemas de salud, no hay movimientos de cooperación, comunicación, o incluso sistemas de información cruzados que permitan entender las

condiciones de salud de los trabajadores, con fallas en el desempeño de ambos sectores⁴¹. La dificultad en la interacción y colaboración también se observa en todo el mundo debido a la fragmentación de servicios y la restricción del tiempo de los profesionales, lo que lleva a un uso insuficiente de la información y, en consecuencia, a los mismos enfoques por parte de diferentes interesados⁴², aunque las políticas públicas han difundido el desarrollo de acciones intersectoriales a lo largo del tiempo.

La falta de pautas claras para su implementación en la práctica diaria de los servicios ha sido recurrente, y su ejercicio efectivo presenta desafíos para los sectores involucrados⁴³⁽⁴⁰⁴⁰⁾.

Debido a la transferencia de responsabilidad para implementar acciones de salud ocupacional a los profesionales que las realizan y la falta de financiamiento, las acciones están centralizadas en el sistema de salud⁴³.

De esta manera, la intersectorialidad sigue siendo un desafío para las acciones de salud ocupacional. Diferentes partes interesadas, con responsabilidades específicas para el mismo público, realizan acciones fragmentadas o a veces implementan acciones confusas y superpuestas causadas por una mala coordinación. Este telón de fondo también refleja altas demandas laborales y un número insuficiente de profesionales para realizar acciones de salud ocupacional⁴⁴, lo que contribuye a la falta de colaboración.

Finalmente, la participación de los trabajadores en la toma de decisiones es un punto de singular importancia a considerar en el proceso de la RT. Esto debería hacer que las acciones sean consistentes, ya que los trabajadores conocen todas sus especificaciones laborales, identificando y analizando expectativas y estrategias incompatibles con su condición de salud⁴⁵. Por lo tanto, el liderazgo compartido y participativo es crucial para promover el diálogo, la escucha y el valor de todos los involucrados.

Este estudio tiene limitaciones: Tuvimos que interrumpir la recolección de datos debido a las restricciones de la pandemia de COVID-19, que limitaron el número de entrevistas. Sin embargo, creemos que esto no comprometió los hallazgos y su importancia para el campo de investigación.

Consideraciones finales

La mayoría de los trabajadores aún experimentan una difícil RT, agravada por la falta de coordinación de todas las partes interesadas. También mencionaron la falta de preparación, el desprecio y la negligencia institucional por la falta de asistencia del sistema de compensación/seguro, que ignoró las condiciones de salud de los trabajadores, dándoles de alta prematuramente, lo que resultó en una peor discapacidad y un aumento del sufrimiento. También perpetúa la insipiente entre los sectores en relación con la salud de los trabajadores, generando sentimientos negativos y escalando la angustia del trabajador en el proceso de la RT.

Dadas las dificultades de estos trabajadores, el SPSO se destaca en proporcionar asistencia y orientación a todos los trabajadores y en monitorear los casos de enfermedades laborales. También proporciona soporte técnico a los servicios de SUS para acciones de salud ocupacional y puede establecer asociaciones con las partes interesadas. Sin embargo, sus acciones de la RT aún son incipientes, enfatizando el aspecto individual y las acciones de naturaleza curativa.

Notablemente, en el contexto brasileño, no hay políticas específicas dirigidas a la RT, lo que contribuye a acciones débiles, falta de asociación entre las partes interesadas y ninguna participación activa de los trabajadores para garantizar una RT segura y sostenida.

Por lo tanto, las partes interesadas deben avanzar hacia el establecimiento de interacción, discusiones, colaboración y participación activa de los trabajadores para buscar una RT sostenida, centrándose principalmente en ajustes en el lugar de trabajo y negociación

para su nueva condición de salud. Para el contexto brasileño, significa fuerza en la coordinación intra (es decir, con diferentes servicios y profesionales del SUS) y la coordinación intersectorial (es decir, INSS, SPSO, regionales del Ministerio de Trabajo y la seguridad y salud ocupacional dentro de las empresas).

Fortalecer los servicios de la APS y salud ocupacional es crucial para garantizar estrategias adecuadas de prevención y promoción de la salud ocupacional, ya que esos sectores están vinculados y cuidan la salud de los trabajadores. Además, la APS podría mapear el perfil de salud de los trabajadores en su área y trabajar junto con otros sectores, como vigilancia en el lugar de trabajo, para buscar entornos laborales seguros y saludables.

Las encuestas que cubren las dificultades operativas y de interacción con las partes interesadas contribuyen al diseño de estrategias para abordar obstáculos, adaptar el enfoque y aumentar la participación del trabajador en el proceso de RT.

Colaboradores

Freitas KG (0000-0003-1282-4894)* contribuyó a la concepción y diseño del trabajo; adquisición de datos, análisis e interpretación del trabajo; redacción del manuscrito y revisión crítica del contenido intelectual; aprobación final de la versión a publicar. Baptista PCP (0000-0003-1433-6456)*, Camarotto JA (0000-0003-2578-609X)*, Silva JAM (0000-0002-8307-8609)* y Miranda FM (0000-0003-2198-2827)* contribuyeron a la análisis e interpretación del trabajo; redacción del manuscrito y revisión crítica del contenido intelectual; aprobación final de la versión a ser publicada. Mininel VA (0000-0001-9985-5575)* contribuyó a la concepción y diseño del trabajo; análisis e interpretación del trabajo; redacción del manuscrito y revisión crítica del contenido intelectual; aprobación final de la versión a ser publicada. ■

Referencias

1. World Health Organization. Protecting workers' health [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [accessed 2023 Nov 2]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers'-health>
2. Amaral GA, Mendes AMB, Chatelard DS, et al. Siting the Concept of Sublimation within the Psychodynamics of Work. *Revista Polis e Psique* [Internet]. 2017 [accessed 2024 Dec 20];7(3):200-23. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2017000300012&lng=pt&lng=
3. Dejours C. Trabajar hoy: Nuevas formas del sufrimiento y de acción colectiva. In: Wlosko M, Ros C, coordinación general y compilación. *El trabajo entre el placer y el sufrimiento*. Provincia de Buenos Aires: Edunla Cooperativa; 2019. p. 51-69.
4. Dejours C. Psychodynamique du travail et politique: quels enjeux ?. *Travailler*. 2016;36(2):75-90. DOI: <https://doi.org/10.3917/trav.036.0075>
5. Rudbeck M, Johansen JP, Omland Ø. A Follow-Up Study on Return to Work in the Year After Reporting an Occupational Injury Stratified by Outco-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- me of the Workers' Compensation System. *JOEM*. 2018;60(6):542-7. DOI: <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001274>
6. Bubonya M, Cobb-Clark DA, Wooden M. Mental health and productivity at work: Does what you do matter? *Labour Economics*. 2017;46:150-65. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2017.05.001>
 7. Internacional Labour Organization. Safety and Health at the Heart of the Future of Work - Building on 100 years of experience [Internet]. Geneva: ILO; 2019 [accessed 2023 Nov 3]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_687610.pdf
 8. Coelho RM, Nunes MAP, Gomes CVC, et al. Time trends and social security burden of temporary work disability due to chronic venous disease in Brazil. *BMC Public Health*. 2020;20(477). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08563-2>
 9. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*. 2019;394:345-56. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)
 10. Ministério da Saúde (BR), Vigilância em Saúde e Ambiente, Saúde do Trabalhador. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador [Internet]. [accessed 2024 Dec 20]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador/renast>
 11. Vargas AC, Santos ACT, Souza RM, et al. Users' perception of a professional rehabilitation service. *Rev Bras Saude Ocup*. 2017;42:e11. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-636900011716>
 12. Bilodeau K, Tremblay D, Durand MJ. Exploration of the contexts surrounding the implementation of an intervention supporting return-to-work after breast cancer in a primary care setting: starting point for an intervention development. *J Multidiscip Healthc*. 2018;11:75-83. DOI: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S152947>
 13. Ansoleaga E, Garrido P, Domínguez C, et al. Return to work enablers for workers with work-related mental illness. *Rev Med Chile*. 2015;143:85-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000100011>
 14. Pardo JMV, García AL-G. Psychosocial Factors as Predictors for Difficult Labor Return after Incapacity. *Med Segur Trab* [Internet]. 2018 [accessed 2024 Dec 20];64(250):50-74. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v64n250/0465-546X-mesetra-64-250-00050.pdf>
 15. Corbière M, Negrini A, Durand M-J, et al. Validation of the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) with Workers Suffering from a Common Mental Disorder or Musculoskeletal Disorder. R-982 Studies and Research Projects. Montréal: IRSST; 2017. DOI: <http://doi.org/10.13140/RG.2.2.14662.93762>
 16. Cullen KL, Irvin E, Collie A, et al. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *J Occup Rehabil*. 2018;28:1-15. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9690-x>
 17. Lima MAG, Carvalho RCP, Andrade AGM, et al. Logical model of a return to work program: guiding tool to prevent disability. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2019;44:e29. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000018318>
 18. Takahashi MABC, Simonelli AP, Sousa HP, et al. Rehabilitation program for of workers with RSI/WRMD at Cerest-Piracicaba, São Paulo, Brazil. *Rev bras Saúde ocup*. 2010;35(121):100-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000100011>
 19. Bartilotti CB, Andrade PR, Varandas JM, et al. Extended rehabilitation program: a multidimensional approach to the occupational rehabilitation process. *ACTA FISIATR* [Internet]. 2009 [accessed 2024 Dec 20];16(2):66-75. Available from: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/view/103169/101558>
 20. Pêcheux M. Língua, linguagens, discurso. In: Piovezani C, Sargentini V, organizers. *Legados de Michel*

- Pêcheux: inéditos em análise de discurso. São Paulo: Contexto, 2011. p. 63-76.
21. Orlandi EP. *Análise de Discurso: Princípios e Procedimentos*. Campinas: Pontes; 2015. 100 p.
 22. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2013 jun 13 [accessed 2024 Dec 11]; Seção I:59. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
 23. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2016 maio 24 [accessed 2024 Dec 11]; Seção I:44-46. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
 24. Pina JA, Stotz EN, Jackson Filho JM. “Compatible” Workers, a Compound Fracture in the Automobile Industry: Intensification of Labor and the Health Implications. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(7). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114017>
 25. Silveira AL, Merlo ARC. Work and Disease: Temporalization of Agro-Industry Workers. *Rev Subjet*. 2019;19(3):1-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.rs.v19i3.e9131>
 26. Mustard CA, Skivington K, Lay M, et al. Implementation of a disability management policy in a large healthcare employer: a quasi-experimental, mixed-methods evaluation. *BMJ Open*. 2017;7:e014734. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014734>
 27. Hurtado SLB, Simonelli AP, Mininel VA, et al. Workers’ health policies in Brazil: historical con-
tradictions and possibilities for development. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(08):3091-102. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.04942022>
 28. Nascimento MM, Silva Júnior VB. The importance of occupational health in primary care. *Braz J Health Rev*. 2024;7(2):1-13. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n2-033>
 29. Silva MF da, Mieirol DB, Camarotto JA, et al. Workers’ Health Surveillance from managers’ and decision-makers’ perspectives. *Rev bras saúde ocup*. 2023;48:e1. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/05221pt2023v48e1>
 30. Barros LM, Lima MAG, Neves RF. Long-Term Work Disability: Loss of Rights, Survival and Tangency of Primary Health Care. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;29(9):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.01422023>
 31. Zavarizzi CP, Alencar MCB. Work leave and therapeutic pathways of workers affected by RSI/WRMSD. *Saúde debate*. 2018;42(116):113-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811609>
 32. Kulaitis F, Silva KC. Recent changes in the Brazilian Social Security Institute’s professional rehabilitation program. *Trab educ saúde*. 2022;20:e00335165. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00335>
 33. Araújo MRM, Morais KRS. Labor precariousness and the worker’s overthrow process. *Cad Psicol Soc Trab*. 2017;20(1):1-13. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v20i1p1-13>
 34. Ferreira LP, Mello MCMB, Souza FNF, et al. Work-Related Voice Disorder: Achievements and Challenges in Latin America. São Paulo: Sintropia; 2022. 402 p.
 35. Tessarro MTV, Querol MAP, Almeida IM. Challenges of the vocational rehabilitation developed by the Brazilian Social Security Institute (INSS): a cultural-historical approach. *Rev Bras Saude Ocup*. 2022;47:e12. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/26320pt2022v47e12>

36. Dejours C, Deranty J-P, Renault E, et al. *The Return of Work in Critical Theory: Self, Society, Politics*. New York: Columbia University Press; 2018. 248 p.
37. Drolet M-J, Désormeaux-Moreau M, Soubeyran M, et al. Intergenerational occupational justice: Ethically reflecting on climate crisis. *J Occup Sci*. 2020;27(3):417-31. DOI: <https://doi.org/10.1080/14427591.2020.1776148>
38. Alcantara AC. Worker's health in times of social insecurity. *SER Soc*. 2020;22(47). DOI: <https://doi.org/10.26512/sersocial.v22i47.25515>
39. Antunes R, Praun L. The society of illness at work. *Serv Soc Soc*. 2015;123:407-27. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.030>
40. Loisel P, Durand MJ. Applying transdisciplinary to the complexity of work disability prevention [Internet]. Québec: Université de Sherbrooke; 2005 [accessed 2024 Dec 11]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Patrick-Loisel/publication/267956389_Applying_transdisciplinarity_to_the_complexity_of_work_disability_prevention/links/550f06a70cf2ac2905adfd47/Applying-transdisciplinarity-to-the-complexity-of-work-disability-prevention.pdf
41. Vaitsman J, Lobato LVC. Continuous Cash Benefit (BCP) for disabled individuals: access barriers and intersectoral gaps. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(11):3527-36. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.20042017>
42. Lammerts L, Schaafsma FG, Mechelen WV, et al. Execution of a participatory supportive return to work program within the Dutch social security sector: a qualitative evaluation of stakeholders' perceptions. *BMC Public Health*. 2016;16(323). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2997-x>
43. Lancman S, Daldon MTB, Jardim TA, et al. Workers' health intersectorality: old questions, new perspectives? *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(10):4033-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.27572018>
44. Lancman S, Bruni MT, Giannini R, et al. Working in health and safety at work: reflections on the construction of an integrated policy. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(11):4265-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.06272022>
45. Gray P, Senabe S, Naicker N, et al. Workplace-Based Organizational Interventions Promoting Mental Health and Happiness among Healthcare Workers: A Realist Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(22):4396. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16224396>

Recibido el 01/12/2023

Aprobado el 09/27/2024

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: este estudio fue financiado en parte por la
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior -
Brasil (CAPES) - Código Financiero 001

Editor responsable: Ronaldo Teodoro