

CAMINHOS DO TRABALHADOR NA BUSCA POR CUIDADO À SAÚDE, REDE DE APOIO E SUPORTE: UM ESTUDO DE CASO

Pathways of a worker on the pursuit of health care and social support network: a study case

Caminhos del trabajador en la búsqueda por cuidado a la salud, red de apoyo y soporte: un estudio de caso

Resumo

Introdução: As mutações ocorridas no mundo do trabalho evidenciaram, na contemporaneidade, novas formas de sofrimento e incapacidades das pessoas, demonstrando que a busca pelo cuidado terapêutico e pelos serviços de assistência à saúde refletem no contexto de vida dos trabalhadores. **Objetivo:** Caracterizar o itinerário terapêutico de um trabalhador acidentado no trabalho, diante da rede atenção à saúde do Distrito Federal e compreender quais as suas redes de suporte e apoio após o afastamento laboral. **Método:** Trata-se de um estudo de caso, realizado no Instituto Nacional do Seguro Social (Inss), com um trabalhador acidentado no trabalho, segurado do programa de reabilitação profissional do serviço. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e com a aplicação dos instrumentos diagrama de escolta e ecomapa para mensurar os impactos nas relações do trabalhador. A análise foi feita com base na análise de conteúdo e no fluxograma analisador, para compreender os caminhos percorridos pelo trabalhador na busca pelo cuidado. **Resultados:** Os achados revelaram uma ruptura no itinerário terapêutico e na continuidade na rede de atenção à saúde do trabalhador. As redes de suporte e apoio continuaram as mesmas e tão fortes quanto antes do acidente. Identificou-se ainda que o trabalhador acessa alguns recursos comunitários, mas os recursos individuais são os principais fornecedores de suporte. **Conclusão:** Conclui-se que compreender os itinerários terapêuticos permite uma reflexão sobre os potenciais, as problemáticas e os desafios presentes na rede de atenção e cuidado à saúde dos trabalhadores no Distrito Federal.

Palavras-Chaves: Terapia Ocupacional, Trabalho, Saúde do Trabalhador, Itinerário Terapêutico.

Abstract

Introduction: Changes in the world of work has shown nowadays new ways of suffering and incapacities for people, represented by the pursuit of therapeutic and health care services in the daily life context of workers. **Objective:** To describe the therapeutic itinerary of one worker after a work accident in the face the health care system of Federal District, Brazilia, Brazil, and to understand what are the social support network after work leave. **Methods:** This is a case study, conducted at the National Social Security with a worker assisted by a program of occupational rehabilitation. Data was gathered through a semi-structured interview, and the instruments of escort diagram and ecomap to measure the impact on the worker relationships. Data analysis was performed using the qualitative content analysis, and also on the flowchart analyzer, to know the worker pathways for health care. **Results:** Findings showed that there was a disruption of the therapeutic itinerary and in the continuity of health care network of the worker. The social support network remained the same and as strong as before the accident. We identified that the worker accessed some community resources, but individual resources were the main support founded. **Conclusion:** We concluded that to understand the therapeutic itineraries of the worker allowed us a reflection about the strengths, main problems and challenges on the health care network for the workers in the Federal District, Brazilia, Brazil.

Keywords: Occupational therapy, Work, Workers Health, Therapeutic Itineraries.

Resumen

Introducción: Las mutaciones ocurridas en el mundo del trabajo evidenciaron, en la contemporaneidad, nuevas formas de sufrimiento e incapacidades de las personas, demostrando que la búsqueda por el cuidado terapéutico y por los servicios de asistencia a la salud reflejan en el contexto de vida de los trabajadores. **Objetivo:** Caracterizar el itinerario terapéutico de un trabajador acidentado en el trabajo, ante la red atención a la salud del Distrito Federal y comprender cuáles son sus redes de soporte y apoyo después del alejamiento laboral. **Método:** Se trata de un estudio de caso, realizado en el Instituto Nacional del Seguro Social (Inss), con un trabajador acidentado en el trabajo, asegurado del programa de rehabilitación profesional del servicio. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista semiestructurada y con la aplicación de los instrumentos diagrama de escolta y ecomapa para medir los impactos en las relaciones del trabajador. El análisis se hizo con base en el análisis de contenido y en el diagrama de flujo analizador, para comprender los caminos recorridos por el trabajador en la búsqueda del cuidado. **Resultados:** Los hallazgos revelaron una ruptura en el itinerario terapéutico y en la continuidad en la red de atención a la salud del trabajador. Las redes de apoyo y apoyo continuaron siendo las mismas y tan fuertes como antes del accidente. Se identificó también que el trabajador accede a algunos recursos comunitarios, pero los recursos individuales son los principales proveedores de soporte. **Conclusiones:** Se concluye que comprender los itinerarios terapéuticos permite una reflexión sobre los potenciales, las problemáticas y los desafíos presentes en la red de atención y cuidado a la salud de los trabajadores en el Distrito Federal.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, Trabajo, Salud del trabajador, Itinerario Terapéutico.

Gabriela Belarmino de Lima
Terapeuta Ocupacional. Distrito Federal, DF, Brasil

Marina Batista Chaves Azevedo de Souza
Terapeuta Ocupacional. Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil.

Daniela da Silva Rodrigues
Docente do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília (UnB) – Distrito Federal, DF, Brasil.
danirodrigues.to@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção à Saúde do Trabalhador vem sendo garantida pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei nº 8.080 de 1990¹. Esta última conceitua a saúde do trabalhador no modelo de atenção integral à saúde, que rompe com o modelo médico centrado e atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) as ações de promoção, proteção e assistência à saúde dos trabalhadores acidentados ou adoecidos pelo trabalho, cabendo também ao SUS as ações de vigilância dos ambientes e notificações dos agravos relacionados ao trabalho².

O modelo de Atenção à Saúde do Trabalhador vem vigorando desde o início da década de 70, quando se encontrava em evidência o debate sobre a necessidade de um maior protagonismo dos trabalhadores e da sociedade nas discussões referentes ao trabalho. Nesta época os debates foram levantados por movimentos sociais na Europa e Estados Unidos, que ganhavam cada vez mais força e lutavam por mudanças que trouxessem melhorias significativas nas condições e nos processos de trabalho. Nesse momento foram colocadas em evidência as discussões dos efeitos do trabalho na saúde do trabalhador. Essas reflexões priorizaram não apenas o entendimento do binômio doença-cura, mas buscava compreender de forma mais complexa, quais fatores poderiam estar associados com o adoecimento dos trabalhadores³.

Na segunda metade da década de 70 que os movimentos sociais brasileiros voltados para às discussões sobre a saúde ganharam força. Com relação a esses movimentos, dá-se ênfase ao movimento de Reforma Sanitária, que fomentou discussões sobre as mudanças que seriam necessárias para a criação de um sistema que proporcionasse aos brasileiros o direito à saúde. De acordo com Paiva e Teixeira⁴, com a democratização da saúde no Brasil, os protagonistas dos movimentos sociais buscavam a construção de um modelo de saúde que auxiliasse a garantir um atendimento digno, acolhedor e humanizado.

Evidencia-se que muitas foram as conquistas do movimento da Reforma Sanitária no Brasil. Na década de 80 as discussões sobre saúde do trabalhador passaram a ser mais amplas e culminaram na realização da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 1986, onde foram discutidas as relações entre trabalho e adoecimento e trabalho como determinante social de saúde. Paim⁵ esclarece que a conferência de 1986 contribuiu sobremaneira para pensar o que se entenderia depois, a partir da fundação do SUS, por Atenção à Saúde do Trabalhador.

Com a implementação do SUS em 1990 foram elaboradas políticas de saúde para organizar as atribuições de cada órgão, com relação às responsabilidades da assistência em saúde de acordo com os níveis de complexidade estabelecidos pelo sistema⁶. A partir da construção das políticas é dada a organização das ações que um serviço e/ou da rede de Atenção à Saúde deve oferecer para o seu público alvo. Em 2002 foi criada a Rede de

Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), com o objetivo de organizar as ações de Atenção à Saúde do Trabalhador por todos os níveis de complexidade do SUS, visando ações de prevenção, vigilância, promoção, assistência e educação em saúde⁷.

Um outro marco importante, ocorreu em agosto de 2012, com o intuito de melhor organizar ações da RENAST. Foi criada a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) instituída pela Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que estabelece as estratégias que devem ser utilizadas para melhor desenvolver ações de atenção integral à saúde do trabalhador⁸.

No momento da realização da coleta dos dados dessa pesquisa, e até o final do ano de 2018, a atenção à saúde dos trabalhadores brasileiros era estabelecida por meio de um modelo tripartite e dividia-se entre o SUS (através da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST), a Previdência Social e o Ministério do Trabalho⁹. O modelo tripartite auxilia no entendimento da complexidade do cuidado em saúde, entretanto, a desarticulação das três instâncias tem dificultado a busca pelo cuidado terapêutico nos serviços de assistência integral aos trabalhadores.

Segundo Merhy¹⁰, o cuidado terapêutico em saúde é um processo relacional entre profissional-paciente, devendo este ocorrer no encontro entre as duas partes envolvidas. As partes envolvidas devem estar comprometidas em produzir a intervenção em saúde, lançando mão de tecnologias, duras ou leves. Na perspectiva do mesmo autor¹¹ o profissional deve realizar uma atuação humanizada e assumir um cuidado buscando garantir que esse profissional esteja implicado em acolher, dialogar e participar juntamente com o indivíduo fazendo com que o processo de cuidado em saúde aconteça dialeticamente, no sentido de promoção de um cuidado integral à saúde.

Nessa direção, para entender as práticas individuais e sociais de saúde que incluem os trabalhadores/usuários, profissionais e instituições de saúde, optou-se pelo uso do conceito de itinerário terapêutico. Estudos como os de Merino e Marcon¹², Neves e Nunes¹³, indicam que o conceito de itinerário terapêutico nos auxilia a reconhecer os diferentes recursos escolhidos e/ou utilizados pela pessoa na busca por cuidados terapêuticos, sejam eles: cuidados caseiros, práticas religiosas, serviços de saúde públicos ou privados e/ou outras práticas envolvidas no contexto de vida do trabalhador e no que ele mesmo acredita que seja o cuidado a sua saúde.

Em síntese, define-se itinerário terapêutico como sendo o percurso ou trajetória empreendida pela pessoa que se depara com problemas de saúde, na sua busca em resolvê-los, tecido a partir de redes formais e informais de atendimento, apoio e pertencimento social. Para caracterizar um itinerário terapêutico é importante, que se compreenda a maneira como os serviços de saúde disponibilizam a produção dos cuidados, qual/quais a/as lógicas técnico-assistenciais que os direciona, como esses serviços acolhem as pessoas necessitadas e suas famílias, e em que medida esta demanda é efetivamente atendida¹⁴.

Por outro lado, este estudo também pretende demonstrar que, no contexto da saúde e do trabalho, a busca pela atenção e cuidado em saúde no Brasil, relacionam-se à proteção social previdenciária que se refere à concessão de benefícios de suporte de renda durante os períodos de afastamento da atividade laboral para trabalhadores contribuintes do mercado de trabalho formal. Segundo Takahashi¹⁵ os programas de suporte de renda (benefícios) em situações de incapacidade para o trabalho representam a finalidade dos sistemas de seguro social e são essenciais para a garantia de continuidade dos tratamentos de saúde.

Sobre os benefícios por incapacidade oferecidos pela previdência social no Brasil, esses são classificados em cinco tipos, a saber: (1) auxílio-doença acidentário, concedido para segurados incapacitados por acidentes de trabalho, acidentes de trajeto e doenças profissionais; (2) auxílio-doença previdenciário, concedido para segurados incapacitados por doenças ou lesões de qualquer natureza; (3) aposentadoria por invalidez acidentária; (4) aposentadoria por invalidez previdenciária; (5) auxílio-acidente, concedido para segurados incapacitados, de caráter indenizatório, após a consolidação das lesões decorrentes de acidentes de qualquer natureza, quando resultarem em sequelas que acarretem a redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia¹⁶.

Na tentativa de justificar academicamente a pertinência e o desenvolvimento desse estudo científico, foi realizada uma breve busca no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Portal CAPES) utilizando algumas expressões de busca. Com relação a expressão de busca "therapeutic itinerary" and "occupational health"; foram encontrados quatro artigos científicos, de periódicos como Revista de Saúde Coletiva, Interface e Atenção Primária. Nenhum dos artigos tratava de trabalhadores como público alvo ou da atenção à saúde do trabalhador. Na busca com os termos em português ("itinerário terapêutico" and "saúde do trabalhador") foram encontrados dois artigos, referentes a experiência de profissionais da enfermagem e de trabalhadores acometidos por Lesões por Esforços Repetitivos/Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - LER/DORT. O termo "itinerário terapêutico" não é identificado como um descritor em ciência da saúde (DeCS), o que provavelmente faz com que o número de artigos encontrados seja reduzido quando se utiliza expressões de busca que contém essa palavra-chave, nas bases indexadas. Entretanto, ainda assim, considera-se escassa a produção sobre o assunto, principalmente no que se refere a descrição do itinerário de trabalhadores diante, especificamente, do enfrentamento às doenças ocasionadas a partir das atividades de trabalho. Esse fato indica a importância dessa produção e suas contribuições para o meio científico.

Além disso, a pesquisa justifica-se socialmente pois, para sugerir ajustes em programas voltados à compreensão das doenças do trabalho, e até mesmo na rede de saúde do trabalhador, é necessário que sejam descritas as experiências dos próprios trabalhadores, uma vez que o protagonismo do sujeito trabalhador é imprescindível para pensar as

ações nesse contexto. Mesmo que os estudos de caso não tenham a intenção de serem generalizáveis, este estudo pretende contribuir com a permanência e continuidade do sujeito implicado nessa pesquisa, bem como, auxiliar os serviços e a rede fornecendo informações que versam sobre facilidades, dificuldades e problemáticas de questões enfrentadas pelo trabalhador frente ao adoecimento pelo trabalho. Assim, este estudo tem por objetivo caracterizar o itinerário terapêutico de um trabalhador acidentado no trabalho na rede de saúde do Distrito Federal e compreender as suas redes de suporte e apoio após o afastamento laboral.

2 METODOLOGIA

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, com número CAEE 77277917.0.0000.8093, em concordância com normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos conforme Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, que foi desenvolvida a partir de uma abordagem qualitativa. Foi utilizado o método estudo de caso, que é considerado um método próprio para compreender fenômenos complexos em seu contexto real, com pouco controle dos pesquisadores sobre os acontecimentos da pesquisa e/ou manifestação de novos fenômenos. Freitas e Jabbour¹⁷, apontam que o método do estudo de caso focaliza múltiplas dimensões do problema, apresenta simplicidade nos seus procedimentos e orienta uma análise em profundidade de determinado fenômeno, para que sejam colocadas interpretações em contexto.

O estudo foi realizado com um trabalhador imigrante, chamado José (nome fictício), da República de Gana, sexo masculino, 24 anos, casado, que veio para o Brasil em 2015 procurando por melhores condições de vida, tanto financeira quanto profissional. José atendia aos critérios de inclusão da pesquisa: a) ser trabalhador e estar atualmente afastado do seu emprego, b) estar no programa de reabilitação profissional (PRP) do Inss, e c) receber benefício auxílio-doença acidentário, durante o ano de 2017. Os critérios de exclusão foram: a) trabalhadores que estavam afastados devido a casos de acidentes fatais e de trajeto, e b) trabalhadores que estão afastados do trabalho e recebem auxílio-doença previdenciário.

Os dados coletados foram obtidos através de uma Agência da Previdência Social (agência do Inss) da Região de Saúde Sudoeste do Distrito Federal (DF). A coleta ocorreu em outubro de 2017, e o convite para a participação de José na pesquisa foi feito pessoalmente, após o seu atendimento no PRP do Inss. Este concordou em participar e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que torna possível a publicação dos

dados obtidos neste estudo.

O percurso metodológico ocorreu em três etapas. A primeira (etapa 01) envolveu um levantamento de dados do trabalhador, que continha uma série de informações sobre o segurado, o que auxiliou na compreensão do perfil do caso estudado, como: idade, escolaridade, tempo de trabalho, ramo produtivo, tipo de afastamento, tempo de benefício, dentre outros. Na segunda etapa (etapa 02) foi realizada uma entrevista semiestruturada, a qual foi gravada com o consentimento do trabalhador, para a melhor compreensão sobre dados sociodemográficos, trabalho e questões para entender o acidente ou o adoecimento pelo trabalho.

Especificamente para caracterizar e identificar as redes de apoio e as relações que José tinha (etapa 03), foram aplicados o Diagrama de Escola e o Ecomapa, descritos a seguir:

- *Diagrama de Escolta*: é uma representação gráfica do modelo de escolta social. Nesse caso, escolta são as relações de proteção onde há compartilhamento de experiências de vida. É composta por 4 círculos envoltos entre si, divididos hierarquicamente. Os círculos correspondem a distintos graus de proximidade afetiva e de apoio social. A pessoa entrevistada fica no círculo central, enquanto os outros círculos são dispostos dos mais próximos aos mais distantes na ordem correspondente¹⁸.
- *Ecomapa*: é composto por vários círculos, onde cada círculo equivale às redes relacionais que uma pessoa pode estar inserida, a saber, família, escola, trabalho, grupo de convivência, e outros. Os círculos são ligados por linhas e setas que representam como as redes relacionais interagem com a pessoa central, sendo que as linhas mostram os tipos de vínculos existentes. As linhas com os traçados mais grossos representam vínculos fortes, as linhas com o traçado mais fino representam o vínculo mais frágil e as linhas com os traçados pontilhados representam relações estressantes. As setas mostram os fluxos de energia que geralmente são empregadas nas relações anteriormente citadas¹⁹.

Os instrumentos utilizados são representações gráficas das redes de apoio. Estes instrumentos têm o objetivo de identificar as pessoas que participam em momentos importantes da vida do indivíduo e que são consideradas parte da sua rede de sustentação, se relacionando de modo mais intenso e próximo ao indivíduo colaborador desta pesquisa. Dessa forma, pode-se mensurar o nível de proximidade e o tipo de relação existente entre indivíduo e suas redes relacionais e avaliar a composição familiar, sustentação e os papéis desempenhados por cada indivíduo pertencente à rede de suporte da pessoa adoecida ou acidentada^{18;19}.

Na terceira e última etapa foi realizada a análise dos itinerários terapêuticos e previdenciários, reconstituída por meio de um fluxograma analisador, ferramenta proposta por Franco e Merhy²⁰. Esta ferramenta possibilitou, neste estudo, compreender os caminhos percorridos por José desde o primeiro dia do acidente (procura pelos cuidados à saúde, de profissionais especializados ou pessoas que ajudaram durante o processo), até o desfecho da história.

Para entender os fluxogramas que foram elaborados, e por conseguinte a dinâmica do serviço e seus processos de trabalho, foram realizadas legendas (símbolos) que representaram processos, ocorrências, tomada de decisões e continuidade ou descontinuidade do processo de trabalho. De acordo com a legenda, a elipse, representa o começo e o fim de uma cadeia produtiva, o retângulo mostra processos de trabalho e o losango representa tomadas de decisões dos caminhos a serem seguidos²⁰, como indicado na Figura 1, a seguir.

Considera-se aqui, que essa ferramenta é uma maneira gráfica de representar processos ou sistemas (como por exemplo o funcionamento prático de serviços de saúde) e geralmente é construída com a utilização de símbolos ou ilustrações, que simplificam e favorecem o entendimento dos leitores. No contexto desta pesquisa, os fluxogramas trouxeram por meio dos símbolos, a representação da organização dos processos de trabalho, em uma cadeia de interações.

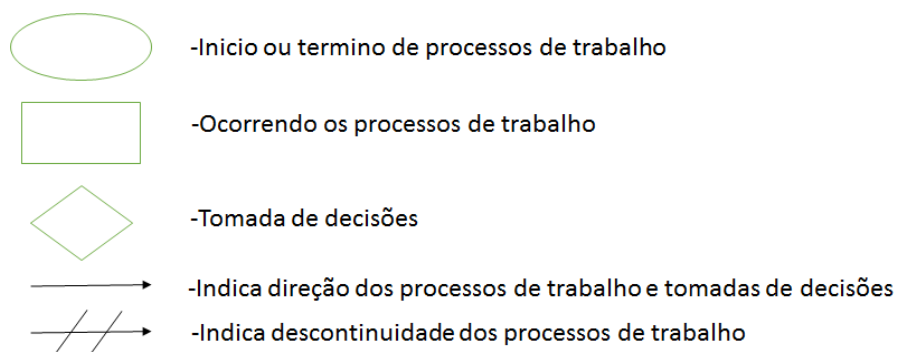


Figura 1. Legenda do fluxograma adaptado Franco e Merhy²⁰.

Os dados obtidos através dos discursos do sujeito (entrevistas) foram submetidos aos procedimentos que se referem ao uso da técnica de análise de conteúdo elaborada e descrita por Bardin²¹.

3 RESULTADOS

Na contemporaneidade, devido às mudanças no cenário político e econômico do país, tem-se um maior número de encaminhamentos para o Programa de Reabilitação Profissional (PRP) do Inss no Distrito Federal. O levantamento de dados realizado durante a pesquisa, para que se chegasse ao estudo do caso único, mostrou que o perfil geral dos segurados da Programa, é constituído por homens em idade produtiva, que recebem auxílio-doença previdenciário (afastados por causas não relacionadas ao trabalho) ou acidentário (afastados por causas relacionadas ao trabalho), entretanto, o auxílio-doença mostra-se o mais incidente entre os casos.

3.1 O caso José e a busca pelo cuidado terapêutico

José nasceu em abril de 1995 na República de Gana. Entre as suas motivações de mudar de país, estava o interesse em ajudar a sua família. Ele reside com a sua esposa e com o seu primo em uma Região Administrativa do Distrito Federal. Desde que chegou ao Brasil trabalhou na informalidade por aproximadamente um ano. Em abril de 2016 conseguiu um emprego registrado em carteira como ajudante de serralheiro em uma empresa com localização próxima a região de sua residência.

De acordo com o relato de José, na serralheria ele tinha como tarefa cortar os materiais e auxiliar na montagem de móveis. Sua jornada de trabalho era de oito horas, de segunda a sexta-feira. No dia em que sofreu o acidente, José estava manuseando uma peça de ferro ainda com a máquina desligada e ao posicioná-la próxima da serra circular, seu chefe, não percebendo que José estava preparando a peça para ser cortada, ligou a máquina e causou o acidente. A serra atingiu a mão esquerda de José, o que provocou a amputação de seus terceiro e quarto dedos. No momento em que ocorreu o acidente José desmaiou, acordando somente durante o traslado para o hospital. Ele relatou que seu chefe e mais um colega de trabalho levaram-no até a emergência do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) em carro próprio.

No hospital José passou por uma triagem feita por um enfermeiro, que o ajudou a retirar o curativo que havia sido colocado em sua mão por seus colegas e fez uma limpeza no local do corte. Até esse momento José não tinha conhecimento sobre a amputação de dois dedos da sua mão esquerda. Após a chegada do médico, ocorreu o atendimento clínico e administração de um anestésico geral. A partir disso, José tem a lembrança apenas de acordar durante a madrugada já no quarto de internação, sem recordar de ter realizado exames (raio-X) e nem de ter passado por um procedimento cirúrgico.

Em sua narrativa, José mencionou que ficou quinze dias internado, sendo atendido

durante esse período por médicos e enfermeiros. Ele não soube dizer se algum outro profissional o atendeu, pois na maioria das vezes as pessoas não se identificavam a partir de suas profissões, somente falavam seus nomes e perguntavam se estava tudo bem com ele.

No processo de alta hospitalar, José foi encaminhado para o ambulatório no HRT, para que pudesse ser acompanhado pelo médico ortopedista. Na busca pelo cuidado terapêutico, José questionou se não seria necessário em seu processo de reabilitação o acompanhamento de outro profissional, mas obteve uma resposta negativa e mesmo não concordando, seguiu apenas com o acompanhamento no ambulatório de ortopedia.

José vem perdendo os movimentos da mão e do punho esquerdo e sente dores frequentemente ao longo do dia. Referiu ainda que durante o seu processo de cuidado no ambulatório, foi em três consultas médicas, sendo que duas delas para adquirir o relatório para conseguir ser atendido no Inss.

Em sua trajetória pela busca por assistência, José seguiu para a previdência social, onde foi avaliado por um perito médico e encaminhado para o PRP. No momento da coleta de dados, José estava há oito meses em benefício e tinha sido encaminhado recentemente para o PRP. O percurso de José na busca pelo seu cuidado terapêutico será descrito a seguir, com base no fluxograma analisador.

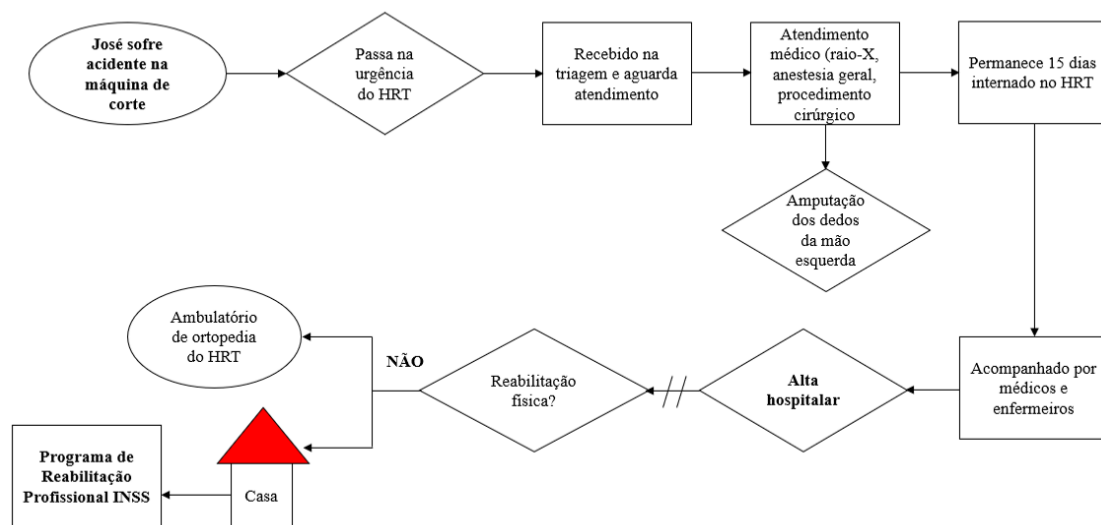


Figura 2. Itinerário terapêutico de José na busca pelo seu cuidado. Elaborado pelas autoras.

3.2 José e suas redes de apoio

A necessidade de compreender o impacto do afastamento do trabalho nas relações sociais do segurado, levou ao uso de instrumentos que pudessem compreender ao mesmo tempo como José percebia suas redes de suporte e de apoio. Ressalta-se que tais redes são importantes para o enfrentamento da incapacidade adquirida pelo trabalho frente às atividades e ocupações desenvolvidas no seu dia a dia e no contexto social.

José narrou que sempre teve vínculos familiares muito fortes e isso se repetia com os amigos brasileiros que fez no país, mas principalmente com amigos que também são ganenses. Referiu que no Brasil todos são uma família e que depois do acidente suas redes de apoio continuaram as mesmas e tão fortes quanto antes. Ele possui vinte e dois integrantes em sua rede apoio, sendo treze deles familiares e os outros nove amigos, conforme apresentado na **Figura 3** a seguir que representa os resultados do diagrama de escolta (instrumento da etapa 03).

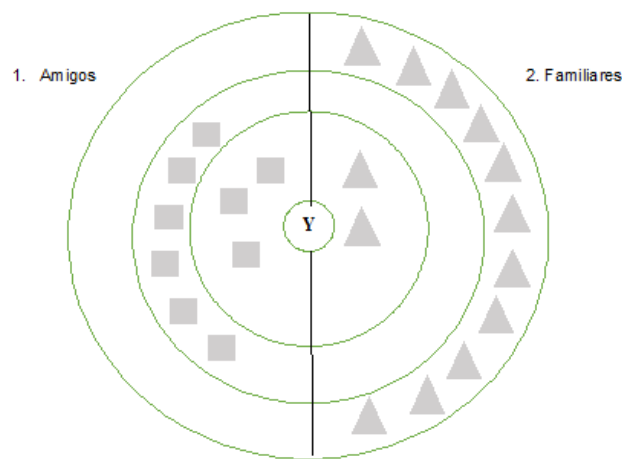


Figura 3: Diagrama de escolta de José. Elaborado pelas autoras.

Foi possível perceber que José acessava alguns recursos comunitários, mas os recursos individuais são os principais fornecedores de suporte para ele. Ele participava ativamente da sua religião e frequentava a igreja, e alguns eventos da embaixada da República de Gana. Como sua esposa estava grávida, ele tem ido com mais frequência ao centro de saúde próximo a sua casa. José demonstrou uma grande percepção sobre suas redes de suporte e como elas influenciavam em seu cotidiano, relatando que só conseguiu chegar onde está, por ter o apoio da rede explicitada. Os resultados do Ecomapa de José (instrumento da etapa 03) estão apresentados a seguir, na **Figura 4**.

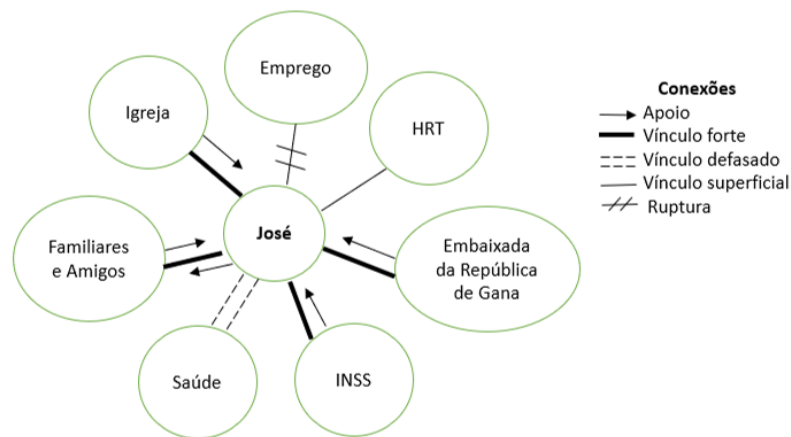


Figura 4: Ecomapa de José. Adaptado de Agostinho²².

4 DISCUSSÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) apesar de seu pouco tempo de existência foi capaz de se estruturar e se consolidar de forma a ser de grande importância para a população brasileira. Entretanto, a dialética do sistema e da sociedade pede sempre uma renovação nas práticas e nas formas de gerir, o que culmina em vários desafios para os SUS e seus profissionais que devem estar abertos a mudança e buscando se renovar e propor inovações para os desafios que aparecem no cotidiano do serviço²³.

Para Merhy e Cecílio^{24;25} pensar a integralidade da atenção nesse cenário além de exigir grande dinamismo aos profissionais e gestores, exige também um entendimento do que acontece nos contextos de vida de seus usuários, pois a oferta do serviço deve se basear no que é a demanda da população sendo o usuário parte do processo de cuidado.

O percurso de José nos auxilia a identificar o panorama de alguns acontecimentos na organização dos serviços de saúde no DF. O SUS funciona em redes de atenção e se comunica através de pontos de atenção, que são organizados em três níveis, a saber: níveis primário, secundário e terciário. No caso estudado nota-se que os atendimentos se centralizaram nos níveis terciário e secundário de saúde, os quais se referem a atenção hospitalar e atenção ambulatorial especializada, respectivamente. Infere-se que isso se deu pelo nível de complexidade do caso. Porém, observa-se um desequilíbrio na oferta de serviços da rede devido aos processos de trabalho que não visam um cuidado integral em saúde, como foi possível identificar no caso de José.

O trabalhador protagonista deste estudo de caso, após ter amputado dois de seus dedos da mão esquerda, recebeu alta hospitalar e um encaminhamento para o atendimento ambulatorial apenas com o médico ortopedista, sem ser feita uma análise da nova condição do trabalhador e sem levar em consideração os fatores que a compõe numa totalidade, isso resultou na perda de

movimentos da mão esquerda de José, pois o mesmo não foi encaminhado para serviços de reabilitação física e nem realizou exames que mostrassem a falta desses serviços complementares.

Sabe-se da necessidade de discussão dos casos em equipe, pois a assistência humanizada se dá por meio de um atendimento interdisciplinar e multiprofissional²⁶. Foi possível identificar no presente caso que isso não ocorreu. Não existiu uma discussão em equipe que preconizasse a interdisciplinaridade, buscando as medidas adequadas para o cuidado integral de José, o que levou a um agravamento de sua situação de saúde. A atenção integral de um paciente no hospital seria pautada numa abordagem holística, completa, de modo que a pessoa pudesse utilizar todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada^{24;25}.

Para Araújo e Rocha²⁷ o trabalho em equipe conduz a uma prática profissional mais completa, pois tem a capacidade de somar olhares, transformar os processos de trabalho, envolver ações interdisciplinares e introduzir a realidade do contexto em que se está inserido, de forma a aproximar-se de uma prática considerada integral de saúde. Considerando o conceito de humanização, levanta-se a discussão sobre como os processos de trabalho influenciam na organização e gestão de um serviço de saúde. É durante os processos de trabalho concreto que se descobre a necessidade de mudanças no serviço e na gestão de saúde (Merhy; Cecílio)^{24;25}.

Observou-se ainda, a partir do caso apresentado, que não houve um atendimento pensando na lógica de redes de atenção em que o SUS funciona. Após a alta hospitalar o trabalhador foi direcionado para atendimento ambulatorial, porém em nenhum momento foi pensado os reflexos à saúde mental do trabalhador ou mesmo em um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para o caso, instrumento de cuidado importante para potencializar o cuidado e de articulação das redes institucionais de atenção à saúde. Construir o PTS possibilitaria a participação do trabalhador como ator principal do seu processo de cuidado, a construção da sua autonomia e da independência de sua família e rede social²⁸.

A ruptura no itinerário terapêutico do trabalhador e na rede de atenção possivelmente ocorreu pelo fato de que além uma desarticulação das instituições na continuidade do cuidado neste caso, também há dificuldade de acesso do trabalhador aos serviços públicos de referência em reabilitação, no nível de atenção secundário. Tem-se observado que a rede de assistência à saúde do DF, após a alta hospitalar, no que se refere à uma linha de cuidado, não tem se mostrado efetiva nos casos de atenção à saúde de trabalhadores, uma vez que o Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST local não oferece a assistência, nem tão pouco se posiciona no fluxo de cuidado para garantir a referência/contrarreferência entre outros serviços para a atenção integral à saúde desses trabalhadores.

Em relação às notificações de acidentes de trabalho verificou-se a ocorrência da subnotificação por parte dos profissionais, muitas vezes atreladas ao não conhecimento da obrigatoriedade dos registros em fichas padronizadas pelo Ministério da Saúde. Segundo Organização Internacional do Trabalho (OIT) no Brasil uma das maiores causas de agravos relacionados ao trabalho são

os acidentes típicos, quando o trabalhador está em exercício de suas atividades laborais o que demonstra a importância de se gerar notificações. As notificações são usadas como levantamento de dados para indicadores de saúde, e é a partir deles que se monta estratégias de ações em saúde que sejam mais eficazes, mas também direcionam as intervenções de vigilância nos ambientes de trabalho e prevenção de futuros acidentes²⁹.

Nas relações do trabalhador, mapeadas através dos instrumentos utilizados na etapa 03 da pesquisa e através do relato coletado com o uso das entrevistas, observa-se que as suas redes de apoio sofreram mudanças durante o processo de afastamento do trabalho. Alguns componentes assumiram novas responsabilidades, outros adquiriram novos papéis nas relações. O cotidiano do trabalhador foi alterado para que ocorresse os cuidados de saúde. O caso mostra que ainda está ocorrendo uma adaptação as suas atuais condições de saúde.

Quando as pessoas sofrem algum trauma ou doença podem ter o desempenho de seus papéis ocupacionais alterados ou interrompidos por alterações fisiológicas, psíquicas, sociais e espirituais. Para a terapia ocupacional, o olhar direciona-se para a forma que a (in)capacidade e a doença impacta no desempenho do papel ocupacional, nas ocupações e nas atividades de vida diária³⁰.

Para o trabalhador o apoio e o afeto recebido de sua rede foram de extrema importância para o cuidado voltado às questões emocionais envolvidas no processo de afastamento do trabalho e de adoecimento pelo trabalho. Ainda assim, a rede de apoio se manteve forte, e o trabalhador continuou a receber suporte de seus familiares e amigos, o que possivelmente minimizou os impactos negativos que poderiam ter ocorrido devido ao afastamento do trabalho.

5 CONCLUSÃO

O caminho do trabalhador na busca por cuidados terapêuticos nas redes de atenção à saúde revelou um cuidado centralizado no nível de atenção hospitalar. Através da compreensão do itinerário terapêutico neste estudo, percebe-se que são necessárias maiores reflexões acerca das ações dos serviços de saúde Distrito Federal, seus potenciais, suas problemáticas e seus desafios, no que concerne ao cuidado em saúde e às demandas de saúde dos trabalhadores diante da rede de atenção.

O estudo apontou ainda que a incapacidade adquirida pelo trabalhador não permite a sua autonomia no desenvolvimento das atividades do dia a dia, dos seus papéis ocupacionais e do trabalho habitual. Dessa maneira, evidencia-se a importância do reconhecimento dos contextos de vida, mas também a integralidade à saúde como ação necessária para se ter a continuidade do cuidado.

As redes de apoio e de suporte são de extrema importância para o enfrentamento das novas condições de saúde do trabalhador, mostrando-se como amparo emocional para a diminuição

do sofrimento durante o processo de recuperação e adaptação dos acidentados no trabalho.

Foi possível também perceber como os processos de trabalho impactam diretamente no atendimento e na organização dos serviços de saúde, por isso, novas pesquisas são necessárias para se discutir a linha de cuidado em saúde do trabalhador no Distrito Federal, bem como compreender as condições de trabalho dos servidores da saúde desta região.

Entende-se, contudo, que se faz necessário uma intervenção que contemple a dimensão pessoal do trabalhador e suas características físicas, cognitivas e psicossociais, considerando o seu contexto social, político, econômico e cultural, mas também uma articulação interinstitucional e intersetorial para o fortalecimento da rede de cuidado à saúde integral dos trabalhadores.

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF; 1988. [acesso em 2015 dez. 17]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação em saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, DF; 2005.
3. Frias Júnior CAS. A saúde do trabalhador no Maranhão: diagnóstico e proposta. [Dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 1998.
4. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. Rio de Janeiro. 2014; 21(1):15-35.
5. Paim, JS. Reforma Sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica. [Tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia; 2007.
6. Teixeira CF; Solla JP. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador:EDUFBA; 2006.
7. Dias EC; Hoefel MGO. desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. Ciências e saúde coletiva, Rio de Janeiro. 2005; 10(4):817-828.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 1.823, Ano CXLIX Nº 165, Seção I:46-51. Brasília, DF; 2012.
9. Jackson Filho JM, Pina JA, Vilela RGA, Reis KS. Desafios para a intervenção em saúde do trabalhador. Rev Bras Saúde Ocup. 2018; 43(supl 1):e13s.
10. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo

- assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Reis AT, Santos AF, Campos CR, Malta DC, Merhy EE. (Orgs.) Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-20. parte II.
11. Merhy EE. Seminário sobre acolhimento [Palestra de Emerson E. Merhy sobre o Acolhimento na Rede de Serviços]. São Paulo: Secretaria municipal de saúde; 2004.
 12. Merino MDFGLE, Marcon SS. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado. *Rev Bras Enferm*, Brasília. 2007; 60(6):651-8.
 13. Neves RDF, Nunes MDO. Da legitimação a (res)significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2010; 15(1):211-220.
 14. Thaines GHLS, Bellato R, Faria APS, Araújo LFS. A busca por cuidado empreendida por usuário com diabetes mellitus - um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. *Texto Contexto Enferm* 2009; 18(1):57-66.
 15. Takahashi MAC. Incapacidade e previdência social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990. 2006. 279 f. [Tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Campinas; 2006.
 16. Inss. Diretoria de Saúde do Trabalhador - DIRSAT. Manual Técnico de Procedimento da Área de Reabilitação Profissional. Volume I. Brasília: Divisão de Gerenciamento de Atividades da Reabilitação Profissional - DGARP/Coordenação de Reabilitação Profissional - CREABP; 2016.
 17. Freitas WRS, Jabbour CJC. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. *Estudo & Debate*. 2011; 18(2):7-22.
 18. Paula-Couto MCP et al. Adaptação e utilização de uma medida de avaliação da rede de apoio social – diagrama da escolta – para idosos brasileiros. *Univ. Psychol. Bogotá, Colombia*. 2008; 7 (2):493-505.
 19. Musquim CDA. *et al.* Genograma e ecomapa: desenhando itinerários terapêuticos de família em condição crônica. *Rev. Eletr. Enf., Goiás*. 2013; 15(1):656-66.
 20. Franco TB, Merhy EE. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da Unicamp. In: Merhy EE, Junior HMM, Franco TB, Rimoli J, Bueno WS (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 1ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2003, p. 135-160.
 21. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011. 279p.
 22. Agostinho, M. Ecomapa. *Rev Port Clin Geral, Porto – Portugal*. 2007; 23(3):327-330.
 23. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *SUS: avanços e desafios*. Brasília, DF: CONASS, 2006. p1-164. [acesso em: 2017 out. 18]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/sus-avancos-e-desafios/>

24. Merhy EE, Cecílio LCO. Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro. 2003; 22(64):110-12.
25. Merhy EE; Cecílio LCO. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Piniheiro R; Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2003. p.197-210. [acesso em: 2017 out. 18]. Disponível em: http://www.iqg.com.br/pbsp/img_up/01317818578.pdf.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS) e Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS*. Brasília, DF; 2010. [acesso em 2017 out. 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf.
27. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2007; 12(2):455-464.
28. Brasil. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. Brasília, DF; 2004.
29. Rodrigues DS, Pereira DS, Gregorutti CC, Souza MBCA. Notificação de acidentes de trabalho com material biológico do centro de referência em saúde do trabalhador/DF. *Rev Bras de Iniciação Científica*. 2019; 6(2):122-137.
30. Cordeiro JR. *Validade transcultural da lista de papéis ocupacionais para portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil*. 2005. 111f. [Dissertação] São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Reabilitação, São Paulo; 2005.

*Esta pesquisa é parte de um Trabalho de Conclusão de Curso como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília.

Contribuição dos autores: Todos os autores contribuíram igualmente na elaboração do artigo.

Submetido em: 31/05/2019

Aceito em: 13/01/2020

Publicado em: 30/06/2020