
Representações sociais da saúde e as relações de trabalho na contemporaneidade: escuta de trabalhadores da construção civil

Social representations of health and work relations in contemporary times: listening to construction workers

Representaciones sociales de la salud y las relaciones laborales en la época contemporánea: escuchar a los trabajadores de la construcción

Caroline Urias Challouts, Unicesumar (Maringá, PR, Brasil)¹ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9039-5450>Lucas França Garcia, Unicesumar (Maringá, PR, Brasil)²ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5815-6150>Marcelo Picinin Bernuci, Unicesumar (Maringá, PR, Brasil)³ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2201-5978>Tânia Maria Gomes da Silva, Unicesumar (Maringá, PR, Brasil)⁴ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5495-9968>**Resumo**

Neste artigo, de natureza histórico-analítica e abordagem qualitativa, buscou-se refletir sobre o conceito de saúde a partir das narrativas de nove trabalhadores da construção civil do município de Maringá-PR. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas por meio de *WhatsApp*. Pauta-se na análise de conteúdo de Bardin (2016) para interpretação dos dados. Os resultados indicam que, para os entrevistados, ter saúde é, acima de tudo, estar apto ao trabalho. Assim, ser saudável é ser produtivo. A falta de registro empregatício formal e a pressão pelo cumprimento de prazos foram citados como fatores geradores de estresse. É possível compreender a existência de maior vulnerabilidade dos trabalhadores que estão na informalidade, em especial, frente à possibilidade de acidentes, comuns à área da engenharia civil. Conclui-se ser necessário uma cobertura de fiscalização trabalhista que seja promotora de saúde, principalmente com os trabalhadores da informalidade.

Palavras-chave: Saúde. Doença. Capitalismo.

Abstract

In this article, of historical-analytical nature and qualitative approach, it seeks to reflect on the concept of health from the narratives of nine construction workers in the city of Maringá-PR. Semi-structured interviews were conducted through *WhatsApp*. Bardin's (2016) content analysis was used to interpret the data. The results indicate that, for the interviewees, to be healthy is, above all, to be able to work. Thus, to be healthy is to be productive. The lack of a formal employment record and the pressure to meet deadlines were cited as stress-generating factors. It is possible to understand the existence of greater vulnerability of workers who are in informality, especially in the face of the possibility of accidents, common to the area of civil engineering. We conclude that there is a need for inspection coverage, mainly that promotes health, with informal workers.

Keywords: Health. Illness. Capitalism.

Resumen

En este artículo, de carácter histórico-analítico y enfoque cualitativo, se busca reflexionar sobre el concepto de salud a partir de las narrativas de nueve trabajadores de la construcción en el municipio de Maringá-PR. Las entrevistas semiestructuradas se realizaron a través de *WhatsApp*. Póngase en contacto con Bardin (2016) para la interpretación de los datos. Los resultados indican que, para los

¹ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde. E-mail: carolineuchallouts@gmail.com

² Professor Permanente no Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e de Ciências Humanas e Sociais na Universidade Cesumar de Maringá (UniCesumar). E-mail: lucasfgarcia@gmail.com.

³ Paulo. Professor Permanente do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde Unicesumar. E-mail: mbernuci@gmail.com.

⁴ Professora no Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde. E-mail: tania.gomes@unicesumar.edu.br.

entrevistados, tener salud es, además de todo, estar apto para el trabajo. Por tanto, estar sano es ser productivo. La falta de registro de empleo formal y la presión para cumplir los plazos se citaron como factores generadores de estrés. Es posible entender la existencia de una mayor vulnerabilidad de los trabajadores que están en la informalidad, especialmente en relación con la posibilidad de accidentes, común al área de la ingeniería civil. Se concluye que existe la necesidad de una cobertura de inspección, principalmente que promueva la salud, con los trabajadores informales.

Palavras-Clave: Salud. Enfermedad. Capitalismo.

1 Introdução

Ao longo de sua existência, o ser humano sempre buscou formular um entendimento sobre as coisas do mundo. A compreensão do que seja a vida, a morte, a alegria, a tristeza, a saúde e a doença estão presentes em toda trajetória humana e, de certa forma, definir os fenômenos e as coisas funciona como uma bússola norteadora que ajuda o ser humano a navegar nesse mundo instável.

Uma maneira de facilitar o entendimento do mundo é enunciar conceitos; isto é, definir, dizer o que uma coisa é. Contudo, trata-se de um exercício laborioso e escorregadio, pois, conquanto todo conceito deva ser entendido como um todo formado por componentes totalizantes é, ao mesmo tempo, fragmentário, marcado por paradoxos (DELEUZE, 1991). Assim, embora os conceitos busquem, tanto quanto possível, tornar claro o sentido das coisas, eles são sempre polissêmicos e dependem da fundamentação teórica que alimenta e sustenta os debates (MACULAN; LIMA, 2017).

Quando teóricos marxistas refletem sobre o conceito de saúde, eles partem do particular e do concreto em direção a categorias universais de pensamento, mas sustentados por uma conexão com a práxis, isto é realidade em que estão efetivamente inseridos.

No paradigma marxista, um exercício reflexivo que parte do particular e do concreto em direção a categorias universais de pensamento, embora sustentado por uma conexão com a realidade. Nessa perspectiva, a conceitualização toma o real como ponto de chegada e de partida para entender os sentidos do mundo (SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019). Para outros, conceitos são representações que guardam relação com um determinado tempo e lugar, implicando, obrigatoriamente, em variância. Cada sociedade elabora seus próprios conceitos sobre os fenômenos e as coisas e se não os entende exatamente como sendo a significação do real, ao menos os pensa como um sistema de ideias-imagens que significam as coisas e dão sentido ao mundo (ALMEIDA FILHO, 2011).

Reflitamos por exemplo, em saúde e doença. Ambos são conceitos a serem entendidos quando consideramos as especificidades científicas, culturais, econômicas e religiosas de cada tempo e lugar e tal como o corpo, espaço em que se manifestam, são forma e produto da cultura, logo, dotados de historicidade (SILVA; VASCONCELOS, 2013). Por exemplo, na Idade Média, algumas doenças eram consideradas como sendo um sinal de castigo divino aos pecadores, a exemplo da lepra e da epilepsia (*morbus demoniacus*) (SCLIAR, 2007).

O conceito contemporâneo e mundialmente usado para definir saúde é o proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946: saúde é uma condição de completo bem-estar físico, mental e emocional, e não a mera ausência de doença. Conquanto receba críticas e oposições quanto à idealização que a caracteriza (BEZERRA; SORPRESO, 2016).

Assim, discutir saúde, bem como sua unidade interligada, a doença, implica uma atenção especial às condições econômicas, políticas, educacionais e culturais que marcam a vida de homens e mulheres reais, atentos às especificidades de suas formas de viver no cotidiano. Implica, por exemplo, atenção especial às condições laborais da sociedade capitalista contemporânea, em que o desmantelamento das políticas de seguridade social, a expansão da informalidade e terceirização do trabalho, o microempreendedorismo individual, comprometem definitivamente a saúde dos trabalhadores, mesmo quando esses não podem ser descritos como “doentes”, na perspectiva tradicional do termo.

Sustentado pelos autores Antunes & Praum (2015), que discutem como o capitalismo neoliberal promove a precarização do trabalho e cria novas formas de adoecimento, o presente artigo buscou refletir sobre o conceito de saúde, a partir das narrativas de nove trabalhadores da construção civil do município de Maringá-PR.

2 Metodologia

O desenho da pesquisa que sustenta este debate teve caráter exploratório e apresentou uma abordagem qualitativa, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas envolvendo nove trabalhadores da construção civil, residentes em Maringá-PR e região. O critério de inclusão definiu que os entrevistados fossem homens, por ser o sexo predominante nessa área; tivessem 18 anos ou mais de idade e trabalhassem há um ano ou mais na área da construção civil. Os entrevistados foram

selecionados com a ajuda de uma construtora da cidade de Maringá, a qual forneceu o contato de doze de seus colaboradores, dentre estes apenas cinco aceitaram participar da entrevista, os demais entrevistados foram selecionados por meio da estratégia de bola de neve (*snowball*) em que um entrevistado indica outro, formando redes.

Dentre os nove entrevistados, seis trabalhavam em obras prediais, tinham registros trabalhistas, e três em obras residenciais sem registros. Os dados foram coletados de junho a agosto de 2021, via *WhatsApp*, aplicativo de mensagens móveis, que permite o envio de imagem, texto, vídeo e mensagem de voz (KUMAR; SHARMA, 2017). Conquanto o *WhatsApp* permita diversas formas de comunicação, essa pesquisa se limitou a utilizar o recurso de mensagem de voz.

O aplicativo traz inúmeras vantagens para a pesquisa, dentre elas, dar maior segurança aos entrevistados e pesquisadores, frente ao contexto pandêmico causado pela Covid-19 (SCHMIDT; PALAZZI; PICCININI, 2020).

Utilizou-se entrevista semiestruturada, de modo que o entrevistador fizesse as perguntas-estímulos (CARDANO, 2017), independentemente da ordem, de acordo com cada tema pré-definido, dentre eles, o de representações sobre saúde. As narrativas foram analisadas qualitativamente, de acordo com o modelo de análise de conteúdo de Bardin (2016). Foi realizada a leitura flutuante do material, tendo sido construído um quadro com as categorias emergentes do discurso: i) dados de identificação; ii) características do ambiente de trabalho e atividade laboral; iii) promoção da saúde e saúde do trabalhador; iv) representações sobre saúde e qualidade de vida.

O estudo está vinculado ao Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade Cesumar e foi aprovado pelo Comitê de Ética daquela Universidade, sob o CAAE 46513921.5.0000.5539 e parecer 4.707.006 /2021,

3 Resultados

Etimologia da palavra saúde e seus modelos explicativos

Etimologicamente, o termo saúde, em português, deriva do latim *salus*, que provém do grego e quer dizer *holos*, no sentido de holístico, total. Assim, na língua latina e na grega, a saúde é identificada com o que é inteiro, completo, íntegro

(SCLIAR, 2007). Já a doença tem sido pensada como a ruptura de uma relação de equilíbrio físico e/ou psíquico do ser humano ou entre o homem e seu meio social.

Contemporaneamente, o conceito de saúde proposto pela OMS em final da década de 40 do século XX, tem recebido críticas. Para Almeida Filho (2011), a afirmativa de que saúde pressuponha um estado de completo bem estar é uma espécie de “nirvana”, resultado do período de euforia do pós-guerra, alimentada pelo misticismo sanitário. Almeida Filho é crítico à pobreza epistemológica que marca as discussões sobre saúde, pois, para ele, os estudos da área priorizam mais os aspectos metodológicos, ou seja, a abordagem, a técnica, a amostra, ou seja, o caminho, do que aspectos teóricos, que são as correntes de pensamento que servem de base a qualquer análise investigativa de natureza científica.

De fato, há alguns estudos da área da saúde, como o de Barros (2014), que não se preocupa em explicitar os suportes filosóficos que sustenta suas reflexões. Todavia, este é um procedimento necessário posto que a teoria é um modo de enxergar a realidade e fornece os paradigmas disponíveis para responder às perguntas levantadas em dados momentos pelos diferentes objetos de estudo de cada campo do saber (BARROS, 2014). Teorias, tais quais os conceitos, norteiam os passos dos pesquisadores clareando caminhos.

Dalmolin et al. (2011, p. 390) também acusam o utopismo da definição de saúde proposta pela OMS e questionam: “é possível definir o que é completo bem-estar em uma sociedade marcada pelas injustiças e desigualdades socioeconômicas crescentes?”. De fato, em um mundo com tantas violências (racismo, sexismo, xenofobia, exclusão econômica, fome, corrupção) - viver em um estado de completo bem-estar talvez seja uma condição de difícil alcance.

A pobreza é considerada um determinante social de saúde (CARVALHO, 2013). No Brasil, enquanto 1%, ou 1,2 milhão de pessoas têm rendimento médio superior a R\$ 55.000,00 por mês, metade da população do Norte e Nordeste vive com até meio salário-mínimo (R\$ 522,50), e nas demais regiões, esse percentual varia entre 15,6% e 21,5%. Quando a referência é um salário-mínimo, o Nordeste possui 77,3% das pessoas nesta condição; a região Norte, 76%; o Sudeste, 50,2%; o Centro-Oeste, 52%, e a região Sul, 42,3% (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020). Conquanto ser pobre não signifique obrigatoriamente não ter saúde, há claras evidências de que pertencer a uma classe social de menor poder aquisitivo é um fator comprometedor

da qualidade de vida e, conseqüentemente, da saúde, porque impõe moradias precárias e em ambientes impactados por poluentes orgânicos e inorgânicos, alimentação deficiente, baixa escolaridade e, entre outras mazelas, menor acesso aos serviços de saúde. Assim, além da perspectiva de classe, o mundo é violento e desigual na perspectiva de gênero, raça, sexualidade e territorialidade, como evidenciam os estudos pós-coloniais e interseccionais (LANCMANN et al., 2020)

Saúde e doença em diferentes temporalidades

Antecedendo a apresentação dos resultados da pesquisa, será realizada breve discussão sobre o conceito de saúde em diferentes momentos históricos. Acreditamos ser importante esta exposição, a fim que possamos compreender as representações atuais elaboradas pelos trabalhadores que integram este estudo.

As primeiras representações do processo saúde-doença buscaram suportes explicativos na concepção mágico-religiosa, sendo a saúde condição original do ser humano e a doença uma ocorrência sobrenatural, quase sempre entendida em termos de punição às falhas humanas (GEWEHR *et al.*, 2017).

Foram os gregos os primeiros a romper com as explicações mitológicas do adoecimento e incentivar, notadamente com Hipócrates, um saber racional sobre o processo saúde-adoecimento. No *Corpus Hippocraticum*, as explicações da doença tinham como suporte o espírito de observação, com a saúde sendo entendida como a teoria dos humores, pautado no equilíbrio entre quatro elementos distintos: sangue, fleuma, bÍlis amarela e bÍlis negra. Mesmo quando Galeno aperfeiçoou a teoria hipocrática, a saúde continuou sendo entendida em termos de equilíbrio de humores. A vantagem da interpretação hipocrática e galênica em relação a outras explicações é que já se vislumbrava certa racionalidade interpretativa que, mais tarde, permitiria muitos avanços no enfrentamento das doenças. Essa racionalidade ganharia contornos tão fixos que terminaria por levar, no futuro, a um certo engessamento de olhar, buscando um entendimento da doença sustentado unicamente na perspectiva dos fatores biológicos, a partir da qual se dava mais atenção à doença do que ao doente (ESTEVES, 2021; SCLIAR, 2007; HEGENBERG, 1998).

No longo período medieval (século X ao XV), em que o Deus cristão e monoteÍsta foi o responsável absoluto pelo viver, adoecer e morrer, a explicação do processo saúde-doença continuou tendo caráter majoritariamente místico-religioso.

No imaginário do medievo, a desobediência às leis de Deus levava, a um só tempo, ao pecado e à doença. No Novo Testamento, Jesus é a figura que cura porque perdoa: “eis que já estás são; não peques mais, para que não te suceda alguma coisa pior” (João, 5:14). Assim, a fé, os amuletos, as orações e o arrependimento tinham função terapêutica.

Com a modernidade, instaura-se uma nova racionalidade científica, e o sentido metafísico da doença se esvazia, todavia, no imaginário popular, a explicação das doenças permanecerá por muitos séculos ainda fundamentada na culpabilização do doente, em especial a culpa sexual, da qual a aids é um exemplo notável (SCLiar, 2007).

No século XVII, Descartes afirma que a saúde é o mais supremo dos bens, apesar de seu pensamento ser distinto daquele defendido por Aristóteles, na Antiguidade Clássica, no qual, embora a saúde consista em felicidade, há outros bens mais imediatos e igualmente importantes. No século XVIII, sob influência iluminista, tem início a formulação de uma medicina confiante nos poderes da ciência e da técnica; sendo, no século precedente, o momento em que emergirá com mais força a defesa da organização e sistematização do Estado na promoção da saúde pública, isto é, o atendimento ao maior número possível de pessoas (NOGUEIRA, 2001).

Segundo Foucault (2006), neste momento, na França, os médicos são deslocados para o campo, iniciando o controle estatístico da saúde por meio dos registros de nascimento e mortes. Diz o autor: “começa-se a conceber uma presença generalizada dos médicos, cujos olhares cruzados formam uma rede e exercem em todos os lugares do espaço, em todos os momentos do tempo, uma vigilância constante, móvel, diferenciada” (2006, p. 33). Na Inglaterra, devido às necessidades postas pela Revolução Industrial, a saúde pública teve um caráter mais socializante, levando-se em conta as condições do ambiente, da moradia, da alimentação (NOGUEIRA, 2001), elementos importantes para se ter um trabalhador produtivo; como vão afirmar os seguidores da medicina social, de que é exemplo Virchow, ou cientistas sociais como Engels.

No século XIX, um olhar menos eugenista às condições de vida da população terminaria por derrubar a teoria dos miasmas, colocando os germes, bactérias e vírus como os verdadeiros causadores de diversas doenças e evidenciando as possibilidades de vencê-los pela esterilização e assepsia, graças

especialmente aos estudos de Pasteur. Pensar a doença como resultado de agentes externos e não mero reflexo dos erros humanos é uma revolução epistemológica que, muitas vezes, ignoramos.

Conquanto a instauração da racionalidade médica não tenha levado ao total abandono de concepções metafísicas, não se nega que o paradigma científico se instaurou como dominante. Apresentando como referência principal a doença, o modelo biomédico deixa de lado a subjetividade do paciente, que passa a ser apenas um doente, pouco importando seus sentimentos. Em geral, subestimam-se as esferas psicológicas, sociais e culturais presentes na relação saúde-doença (GEWEHR *et al.*, 2017). Foucault (2006) será voz potente nas críticas ao modelo biomédico que se instaurou nas práticas de cuidados com a saúde.

Em *O normal e o patológico*, obra publicada em 1943, antecipando-se à proposição da OMS, o médico e epistemólogo Canguilhem (2002) defenderá que saúde e doença não são valores antagônicos, mas a segunda condição seria um constitutivo da primeira. Por isso, afirmava que só se deve pensar a saúde em condições particulares, olhando o indivíduo para além do corpo, como podemos compreender a partir do seguinte exemplo: “com uma enfermidade como o astigmatismo ou miopia, um indivíduo seria normal numa sociedade agrícola ou pastoril, mas seria anormal na marinha ou na aviação” (CANGUILHEM, 2002, p. 162). Para o autor, não existiria um estado de saúde absoluta, pois em um momento ou outro todas as pessoas ficam doentes e, desse modo, a doença deve ser vista como um obstáculo na vida das pessoas que, quando adoecidas, precisam encontrar novas formas de estar e se adaptar no mundo. Se o normal não tem a rigidez de um determinativo para todos os indivíduos pertencentes a uma mesma espécie, mas, antes, a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais, o limite entre o normal e o patológico é impreciso.

À medida que o capitalismo se instaurou como prática socioeconômica dominante, a saúde foi se tornando cada vez mais importante para todas os cidadãos, mas, em especial, para os governos, já que ter uma população saudável era um imperativo tanto para os momentos de guerra, em que se pedia um corpo forte para a luta, quanto em tempos de paz, quanto se precisava de um corpo ágil para o trabalho. Criou-se uma medicina de Estado com vistas a subjugar os corpos e controlar a população, o biopoder, da qual um exemplo é o processo de medicalização que

transforma problemas da vida, em grande parte resultado das injustiças sociais, políticas e culturais, em problemas de ordem médica (FOUCAULT, 2016).

Porém, com o tempo, vencer as doenças tornou-se uma tarefa à qual não mais apenas os médicos e governantes se dedicam, mas também é dado a cada um de nós a tarefa de, individualmente, nos responsabilizarmos por “promover” saúde. Ação que, na sociedade contemporânea, ganha contornos muitas vezes dramáticos, criando o que Nogueira (2001) denomina de higiomania, a sobrevalorização da saúde, especificamente na forma de higidez do corpo. Cada vez surgem mais conhecimentos sobre a saúde, divulgados pelos meios de comunicação tradicionais e pela internet, com vistas “ a determinar o que é melhor para a saúde e qual a importância deste ou daquele item de consumo na geração de enfermidades ou na prevenção de seus riscos” (NOGUEIRA, 2001, p. 68). Para o autor, estamos frente a uma sociedade narcísica, que não admite o envelhecimento, a doença, a dor. “No fundo, a higiomania é mais um *hubris* da modernidade, porque expressa a pretensão de criar seres humanos imortais. Mas importantes para quê? Talvez para podermos continuar a ser consumidores para todo o sempre...” (NOGUEIRA, 2001, p. 71). Concordamos com o autor e, na perspectiva de nossa discussão, acrescentamos: para que possamos ser trabalhadores para todo o sempre, visto que no contexto laboral, um corpo saudável é aquele apto a produzir riqueza e lucros, sem os empecilhos trazidos pelas doenças ou pelo envelhecimento.

A pesquisa empírica: representações de saúde dos trabalhadores

Um estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2020, e apresentado por Firmiano e Teixeira (2021), aponta que a classe trabalhadora brasileira é composta por 106,5 milhões de pessoas. Destas, 50,3 milhões estão em empregos com vínculos empregatícios formais; 31,6 milhões estão na informalidade; 12,7 milhões estão na informalidade ou desempregados e 11,9 milhões estão fora do mercado de trabalho, conquanto compondo a força de trabalho potencial. Assim, no Brasil, somados os trabalhadores informais e os desempregados, mais da metade da classe trabalhadora está excluída dos direitos formais assegurados pelas leis trabalhistas.

O Brasil segue uma tendência mundial de precarização do trabalho que atinge inclusive países não periféricos. Desde a década de 1990, assiste-se o

incremento global das práticas neoliberais, que, buscando minimizar os custos da produção, reduzem salário e extinguem de forma gradual, mas consistente, os direitos trabalhistas e a potência da luta sindical (ANTUNES; PRAUM, 2015; AQUINO *et al.*, 2016; FIRMIANO, TEIXEIRA, 2021). É preciso trabalhar/render cada vez mais, conquanto se viva cada vez com menos direitos.

As relações contemporâneas de trabalho geram alto índice de acidentes e adoecimentos, principalmente relacionados a lesões osteomusculares e transtornos mentais. O adoecimento em virtude do trabalho não é um problema atual, contudo, ao longo do século XX, com a produção em massa e o aumento do controle laboral, surgiram novas formas de acidentes e doenças do trabalho. A intensificação do ritmo de atividades em função das longas jornadas, a multifuncionalidade dos funcionários e a pressão psicológica para o aumento produtivo comprometem a saúde e a qualidade de vida do trabalhador, que se torna elemento extremamente vulnerável às pressões do mercado (ANTUNES; PRAUM, 2015).

As pressões para que a classe trabalhadora responda às demandas de mercado em tempo imediato, bem como a busca das empresas em eliminar o tempo morto dos processos de trabalho, vêm fazendo com que o ambiente de trabalho se torne um espaço de adoecimento e, em contrapartida, não são adotadas medidas que resguardem a vida dos trabalhadores, como, por exemplo, o estabelecimento de limites das jornadas de trabalho (ANTUNES; PRAUM, 2015).

No contexto pandêmico causado pela COVID-19, no qual as pessoas tiveram que se adaptar ao *home-office*, ficou cada vez menor a fronteira entre a atividade laboral e a vida privada, além do expressivo aumento de carga horária de expediente (SOUZA *et al.*, 2021). No Brasil, um contingente de 70,1% dos trabalhadores e trabalhadoras não puderam parar suas atividades; a exemplo dos entregadores de *delivery*; grupo exposto a grande vulnerabilidade, pois além da ausência de garantias trabalhistas, a carga diária de trabalho variou de nove a até quinze horas. Desta forma, o trabalho por plataformas digitais tem proximidades com o modelo primitivo de exploração dos trabalhadores praticado no século XIX (FIRMIANO, TEIXEIRA, 2021).

A área da construção civil foi bastante afetada com a pandemia, tendo havido paralisação de diversas obras e, conseqüentemente, alto índice de trabalhadores afetados: engenheiros, arquitetos, mestres de obras, pedreiros,

serventes, estendendo-se a imobiliárias, corretores e fornecedores de material (indústria). Some-se a este quadro o fato de que o governo Bolsonaro já vinha, antes mesmo da chegada do Covid-19, reduzindo orçamento para programas habitacionais, a exemplo do Minha Casa, Minha Vida, que passou de R\$ 11,3 bilhões anuais entre os anos 2009-2018 para R\$2,6 bilhões em 2019(COSTA, 2020).

Vamos nos remeter novamente às mazelas da precarização do trabalho, que vem sendo intensificada pelas práticas de terceirização, alterando e desestabilizando as relações de trabalho e, de forma cruel, não correspondendo ao pagamento de salários justos (ANTUNES, PRAUM, 2015; SILVA JÚNIOR; CAMARGO, 2019). Outro agravante, é que precarização-terceirização são elementos que, conjugados, impactos no índice de acidentes de trabalho. A maioria dos acidentes são, de fato, mão-de-obra terceirizada. A debilidade das condições de trabalho expõe os trabalhadores a atividades perigosas sem que estes recebam qualquer treinamento, descumprindo-se as determinações da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). (SILVA; JÚNIOR; CAMARGO, 2019).

Se, até o momento, apresentamos conceituações de autores reconhecidos sobre saúde e doença e apresentamos uma breve discussão sobre o mundo do trabalho, a proposta agora é trazer as representações elaboradas pelos sujeitos desta pesquisa, ou seja, os trabalhadores da construção civil de Maringá e região. As representações sociais apresentam-se como o esforço de dar significado a nossas ideias, valores e hábitos, contribuindo para a reconstrução de realidades sociais, de modo a conhecer a visão de mundo de determinados grupos e, além disso, sintetizar o modo como eles querem ser vistos e representados. Além de influenciar o modo de vida das pessoas, as representações sociais também justificam as formas de pensar (PERDIGÃO; DA SILVEIRA, 2019).

4 Discussão

Quando questionamos nossos entrevistados sobre o que entendiam por saúde, as respostas caminharam muito explicitamente no sentido de associá-la à capacidade de trabalho. Considerando-se que a construção civil é um espaço de trabalho físico pesado, as respostas evidenciaram que estar em condições, sobretudo físicas, de executar suas atividades laborais correspondia ao entendimento dos entrevistados sobre saúde:

“Pra mim, ter saúde é não ter cansaço”. (D., 40 anos)

“Saúde é a pessoa não estar assim doente..., estar com forças pra trabalhar..., sem dores... estar 100%... com a saúde lá em cima.” (G., 20 anos)

Assim, os discursos, que foram bastante valorativos da saúde, estabeleciam sempre uma relação com o mundo do trabalho, como se vê a seguir:

“Ah, saúde é o mais importante de tudo, né?! Se a pessoa não tiver... com saúde, não tem como ele trabalhar, não tem como ele... desempenhar a função ali 100% né?!”. (A., 27 anos)

Vale ressaltar que estamos trabalhando com representações de sujeitos que, tendencialmente, têm baixa escolaridade, por conseguinte, pouco acesso a discussões desconstrutivas dos papéis tradicionais de gênero. Nesse sentido, ser provedor é, um elemento central da masculinidade (LIMA; LIMA, 2017).

Apenas dois dos entrevistados falaram da importância da atividade física e uma boa alimentação para a saúde. Esses discursos têm estreita relação com os ideais de promoção da saúde, que apontam a importância da atividade física, da boa alimentação e de outros fatores para a obtenção de uma boa qualidade de vida, a qual é conquistada por meio de ações intersetoriais e de políticas públicas, ou seja, a conscientização e a ação dos indivíduos são partes importantes para a construção de uma sociedade saudável:

“Saúde é comer bem, dormir bem, praticar esportes... ah e andar bem consigo mesmo”. (R., 41 anos)

A percepção do entrevistado está consonante com os pressupostos da OMS, referendados, no Brasil, pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), os quais indicam que a alimentação saudável, a prática de exercícios físicos, o enfrentamento do tabaco e seus derivados, o combate ao uso abusivo de álcool, a promoção de mobilidade segura e sustentável, junto à promoção da cultura da paz e dos direitos humanos são formas de produzir saúde individual e coletiva (BUSS, 2009).

Em *O caráter oculto da saúde*, Gadamer (2006, p. 118) afirmava que “saúde não é, de maneira alguma, um sentir-se, mas é estar aí, estar-no-mundo, estar com pessoas, sentir-se ativa e prazerosamente satisfeito com as próprias tarefas da vida”, concluindo que “por isso, a melhor maneira para entender o que seja saúde é imaginá-la como um estado de equilíbrio” (p. 119).

Analisemos o relato do trabalhador A., 40 anos, o qual, curiosamente, apresenta proximidade com a do filósofo alemão:

“Pra mim nossa saúde é o nosso equilíbrio né?! Tanto físico, quanto mental, emocional também. Eu penso que a nossa saúde está bem degenerada, por conta da alimentação que é feita hoje, né?! Fertilizantes, conservantes, essas coisas (...). Então, eu penso assim, é esse equilíbrio, é uma maneira de adequar as coisas, tanto física quanto emocional. Por exemplo, o exercício físico ele contribui bastante [para a saúde]. E, uma boa alimentação, ela contribui bastante [...]. Então, saúde para mim é isso, o oposto da saúde é a morte. Para mim, a saúde é adequar essas coisas, é estabelecer um equilíbrio que leve ao melhor funcionamento, como eu falei, tanto físico e mental”. (A., 40 anos)

O discurso de A. aponta para um conceito contemporâneo de saúde, a partir de uma perspectiva holística, que vê o indivíduo como um todo integrado e leva em consideração seus aspectos físicos, emocionais e culturais. A visão holística trabalha na integralidade da assistência médica, relacionando, por exemplo, a doença com o ambiente em que o paciente está inserido e essa é uma reflexão possível quando o entrevistado cita os impactos do uso de fertilizantes e conservantes sobre a saúde das pessoas.

Questionados sobre como avaliavam sua saúde no momento das entrevistas, oito afirmaram estar saudáveis e somente um afirmou não se sentir bem. A seguir, apresentamos alguns dos fragmentos que indicam esse fato:

“Não tenho nenhum problema de saúde, graças a Deus”. (A., 40 anos)

“A minha [saúde], graças a Deus, tá bem, eu tô tranquilo. Graças a Deus, tô bem”. (R., 52 anos)

“Ótimo, estou bem... não tenho diabetes, não tenho doença nenhuma, Graças a Deus”. (L., 50 anos)

“Não sinto dor nenhuma, tenho disposição, acho hoje minha saúde é boa graças a Deus sim tudo bem”. (J., 34 anos)

É importante destacar o quanto a boa condição de saúde aparece como resultado de uma força mística e sobrenatural, apontando para a importância da espiritualidade como uma força promotora de saúde, visto que contribui para o aumento de pensamentos otimistas frente ao processo de saúde-adoecimento (AMARAL *et al.*, 2016).

A precarização do trabalho na construção civil se dá pelos inúmeros riscos laborais encontrados no setor, situação ainda mais agravada pelas novas relações de

trabalho pautadas na informalidade. No Brasil, 39,6% da população encontra-se na informalidade, no estado do Paraná, essa taxa corresponde a 31,3% (IBGE, 2021).

Nesse estudo, três dos entrevistados trabalhavam sem registro, comprovando alguns impactos que isso tem na sua saúde, como, por exemplo, o aumento do estresse e sobrecarga, pouco relatado pelos trabalhadores registrados. Saber que uma lei assegura seus direitos é um fator confortante, pois dá confiança à classe trabalhadora. Isso porque aqueles que não se encontram nessa posição, convivem com o medo de perder seu trabalho, por isso, acabam se cobrando mais. Tal fato pode ser observado nas falas a seguir:

“Quando que nem eu tô tocando muita obra aí dá uma pressão na cabeça.”
(J. 34 anos)

“É assim, porque não é só uma obra... quando o patrão não tá, né?! Aí... eu tenho que ir em outras obras, resolver um problema aqui, um problema ali, um problema ali, um problema lá... então vai sobrecarregando, né?! E a gente não consegue resolver tudo de uma vez, né?! Você entende?! ...Aí dá uma certa pressão, sobrecarregamento, né?!”. (R., 41 anos)

As pessoas que não são da área da saúde seguem o senso comum na denominação e na descrição de seus problemas de saúde. Assim, não é novidade que usem expressões como “sofrer dos nervos” ou declarem sentir “pressão na cabeça”; a exemplo dos depoimentos acima. São situações em que a pessoa está exposta a agressões de ordem física e psíquica, geradoras de estresse. Acrescente-se que, neste período pandêmico os trabalhadores que não puderam realizar o isolamento social de forma plena, estiveram mais expostos ao vírus. Entre os entrevistados, três mantiveram-se ativos durante a pandemia e contraíram a doença.

É comum aos terceirizados trabalharem em mais de uma obra e terem mais responsabilidades com a entrega do trabalho, pois, por se tratar de equipes reduzidas, os trabalhadores estão envolvidos em todas as etapas da obra, conforme demonstra um dos entrevistados que diz fazer outras funções, além da sua, quando o prazo de entrega apertado: “quando precisa a gente coloca a mão na massa também... trabalha pra cumprir aquela meta” (G., 20 anos). Já em empresas maiores, com funcionários registrados pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), o mesmo não ocorre tão enfaticamente, visto que quem responde por todo o planejamento, incluindo os prazos, é o empregador.

É o que evidenciam os discursos daqueles entrevistados que tinham carteira assinada ao serem questionados se têm meta e prazos a cumprir e quais seus sentimentos quanto a isso:

“Então, assim diretamente não, mas toda obra ela tem um prazo, né? A gente que tá ali dentro da obra tem que desenvolver o serviço pra que a coisa anda, né? Porque toda obra tem um prazo de entrega. Mas não é passado assim diretamente pra gente de falar: “Ó você tem [de fazer isto]”. Vamos supor: “tantas muda para plantar hoje” ou “tantos talude para preparar” ou “tantos metro de grama para plantar”, não tem assim..., diretamente não tem, tá?! Ele, o mestre de obra, não cobra da gente, mas a gente por si próprio procura fazer o melhor, né?!”. (L., 55 anos)

Para Viapiana; Gomes & Albuquerque (2018), as condições de saúde-doença dos indivíduos resultam de um conjunto de processos críticos que tanto podem ser protetores e benéficos, então, saudáveis, quanto destrutivos e deteriorantes da saúde. Nenhum desses processos é abstrato, mas ocorrem no âmbito do desenvolvimento concreto. Consideramos a pressão do tempo como um elemento destrutivo. Desde há muito, o dito popular afirma que “tempo é dinheiro”.

Mesmo que a narrativa de L., já apresentada, tente minimizar os impactos da cobrança temporal, é bastante plausível pensar que a carga psíquica exista. As cargas são expressões particulares de formas específicas do processo produtivo, divididas em física, química, biológica, mecânica, fisiológica e psíquica (ruídos, calor, poeira, vibrações, supervisão com pressão, repetitividade etc) e que ao atuarem sobre o corpo-psíquico de forma combinada podem potencializar e se tornarem processos intracorporais e intrapsíquicos complexos, provocando mudanças fisiológicas (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018).

Também sobre a precarização de trabalho na área, acelerada pela informalização, é importante ressaltar que os trabalhadores registrados recebem instruções duas vezes na semana quanto aos riscos ocupacionais aos quais estão expostos e vão ao médico do trabalho a cada seis meses. Os trabalhadores não registrados, além de não irem a consultas com o médico do trabalho, informaram nunca terem recebido instruções sobre saúde e risco ocupacional: “Olha, não. O único treinamento é na prática, né? Então, não tive nada disso aí, não” (R., 41 anos). Ademais, percebeu-se que os trabalhadores são mais resistentes ao uso dos EPIs, porque não têm compreensão de sua importância.

5 Conclusões

Este estudo buscou refletir sobre o conceito de saúde a partir da narrativa de nove trabalhadores da construção civil da região noroeste do Paraná, para entender suas representações sobre saúde e as relações de trabalho. Evidencia-se que a informalidade do trabalho provoca o agravamento da saúde dos trabalhadores da construção civil, pois colaboradores não registrados não têm acesso a consultas médicas do trabalho e tampouco são feitas ações educativas com base nos riscos aos quais estão expostos diariamente.

Compreendemos a importância de que esse debate se estenda para novas pesquisas, de modo a refletir nos cuidados pelas condições de saúde e qualidade de vida dos trabalhadores. Além disso, apontamos a necessidade de uma cobertura de fiscalização trabalhista que seja promotora de saúde, por meio de práticas educativas que trabalhem na implantação de uma gestão de qualidade em segurança do trabalho em todas as empresas, incluindo os trabalhadores como participantes ativos nas tomadas de decisões.

6 Referências

ALMEIDA FILHO, Naomar. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

AMARAL, Juliana Bezerra do; MENEZES, Maria do Rosário de; SILVA, Valdenir Almeida Da; OLIVEIRA, Cíntia Maria Souza de. A religiosidade e a espiritualidade como referências para o enfrentamento da violência doméstica contra idosos. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-946749>>. Acesso em: 07 mai. 2021.

ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade** (online), v. 00, n. 123, pp. 407-4027, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.030>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

AQUINO, Cassio Adriano Braz de *et al.* Terceirização e saúde do trabalhador: uma revisão de literatura nacional. **Rev. Psicol. Organ. Trab.**, v. 16, n. 2, p. 130-142, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572016000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2021.

BANCO MUNDIAL. **Pobreza e prosperidade compartilhada 2020**: Reversões da fortuna. Washington, DC: Banco Mundial, 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, [1977], 2016.

BARROS, José d'Assunção. **Teoria da história: Princípios e conceitos fundamentais**. 3ª Edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BEZERRA, Italla Maria Pinheiro; SORPRESO, Isabel Cristina Espósito. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J. Hum. Growth Dev**, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2021.

BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHO, Antonio Ivo de. Desenvolvimento da Promoção da Saúde no Brasil últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600039>>. Acesso em 14 jul. 2021.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria de Threza Redigde C. Barrocas e Luiz Octávio F. B. Leite. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002, 307 p.

CARDANO, Mario. **Manual de Pesquisa Qualitativa: A contribuição da teoria da argumentação**. Tradução Elisabeth da Rosa Conil. Petrópolis, RJ: Editora vozes, 2017.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38.

COSTA, Simone da Silva. Pandemia e desemprego no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, V.54, N.4. pp.969-978, 2020. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rap/a/SGWCFyFzjzrDwgDJYKcdhNt/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 03 abr. 2021.

DALMOLIN, Bárbara Brezolin *et al.* Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery** [online]. 2011, v. 15, n. 2, pp. 389-394. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200023>>. Acesso em: 25 fev. 2021.

DELEUZE, Gilles, GUATTARI, Félix. **O que é a Filosofia?** Rio de Janeiro (RJ): Editora 34; 1991.

GADAMER, Hans-Georg. **O caráter oculto da saúde**. Trad. Antônio Luiz Costa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

ESTEVES, Alexandra. As mulheres e a doença: aproximações preliminares. **Caderno Espaço Feminino**, v. 34, n.1, 2021. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/62673>>. Acesso em: 28 jul. 2021.

FIRMIANO, Frederico Daia; TEIXEIRA, Paula Maria Rattis. A classe trabalhadora brasileira na pandemia do novo coronavírus. NOGUEIRA, Silas; SOUZA, Wlaudemir Doniseti de (Orgs.). **Cultura e diversidade na resistência ao retrocesso**: aspectos de degradação e agravamento de crises na sociedade brasileira contemporânea. Jundiaí, SP: Paco Editorial, 2021, p. 19-40.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

GEWEHR, Rodrigo Barros *et al.* Sobre as práticas tradicionais de cura: subjetividade e objetivação nas propostas terapêuticas contemporâneas. **Psicologia USP**, v. 28, p. 33-43, 2017. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/pusp/a/fvdhN9Pz9GhfnbNFLnF8Pbs/?lang=pt>>. Acesso em: 15 set. 2021.

HEGENBERG, Leônidas. Doença: um estudo filosófico [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 137 p. In: HEGENBERG, L. **Doença: um estudo filosófico** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 137 p.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2021**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/30784-pnad-continua-trimestral-desocupacao-cresce-em-oito-das-27-ufs-no-1-trimestre-de-2021>>. Acesso em: 23 ago. 2021.

KUMAR, Naveen; SHARMA, Sudhansh. Survey Analysis on the usage and Impact of Whatsapp Messenger. **Global Journal of Enterprise Information System**, v. 8, n.3, 2017. Disponível em: <<http://www.informaticsjournals.com/index.php/gjeis/article/view/15741>>. Acesso em: 17 mai. 2021.

LANCMAN, Selma, *et al.* Intersetorialidade na saúde do trabalhador: velhas questões, novas perspectivas? **Ciências e Saúde Coletiva**, v.25, n.10, p. 4033 – 4044, 2020. Disponível em: em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/intersetorialidade-na-saude-do-trabalhador-velhas-questoes-novas-perspectivas/17117?id=17117>. Disponível em: 30 abr. 2021.

LIMA, Dartel Ferrari; LIMA, Lohran Anguera. Prevalência da síndrome do túnel do carpo em trabalhadores que lidam com a ordenha manual de bovinos. **Rev Dor**, v. 18, n. 1, 2017, pp. 47-50. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rdor/a/GHCwTfGgCJ38LFvfs379mQz/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

MACULAN, Benildes Coura Moreira dos Santos; LIMA, Gercina Angela Borém de Oliveira. Buscando uma definição para o conceito de “conceito”. **Perspectivas em Ciência da Informação** [online], v. 22, n. 02, 2017, pp. 54-87. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5344/2963>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. A saúde nas palavras e nos gestos. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 63-72.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. Conferência Internacional da Saúde. New York: WHO, 1948. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2021.

PERDIGÃO, Juliana Andrade; SILVEIRA, Fabrício José Nascimento da. Informação simbólica, representações sociais e identidade: aproximações conceituais. **Em questão**, v.25, n.1, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.19132/1808-5245251.185-211>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

PITOMBEIRA, Delane Felinto; OLIVEIRA, Lucia Conde de. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 5, pp. 1699-1708, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>>. Acesso em: 09 ago. 2021.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 mar. 2021.

SCHMIDT, Beatriz; PALAZZI, Ambra; PICCININI, Cesar Augusto. Entrevistas Online: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de covid-19. **Revista família, ciclos de vida e saúde no contexto social**, v.8, n.4, 2020. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4877>>. Acesso em: 19 ago. 2021.

SILVA, Luisa Aliboni de Toledo e; GOULART JÚNIOR, Edward; CAMARGO, Mário Lázaro. Terceirização é prejudicial à saúde: um estudo bibliográfico nacional sobre a precarização do trabalho. **Revista Labor**, v. 1, n. 21, p. 76-97, 2019. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/labor/article/view/40801>>. Acesso em: 01 jun. 2021.

SILVA, Carlos Alberto Borges da; VASCONCELLOS, Maria da Penha. Da doença ao milagre: etnografia de soluções terapêuticas entre evangélicos na cidade de Boa Vista, Roraima. **Saúde e Sociedade** [online], v. 22, n. 4 p. 1036-1044, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400007>>. Acesso em: 14 fev. 2021.

SILVA, Luciana Macedo Ferreira; SCORSOLINI-COMIN, Fabio. A umbanda e os processos de saúde-doença. **Semina: ciências sociais e humanas**, v. 41, n. 2, 2020. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/39607>>. Acesso em: 04 mai. 2021.

SILVA, Marcelo José de Souza e; SCHRAIBER, Lila Blima; MOTA, André. The concept of health in Collective Health: contributions from social and historical critique of scientific production. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2019, v. 29, n. 01. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290102>>. Acesso em: 08 abr. 2021.

SOUZA, Katia Reis de *et al.* Trabalho remoto, saúde docente e greve virtual em cenário de pandemia. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], v. 19, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00309>>. Acesso em: 01 set. 2021.

VIAPIANA, Vitória Nassar.; GOMES, Rogério Miranda; ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, pp. 175-186. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S414>>. Acesso em: 19 fev. 2021.

Recebimento: 30/09/2021

Aprovação: 29/08/2022



Q.Code

Editores-Responsáveis

[Dr. Enéas de Araújo Arrais Neto](#), Universidade Federal do Ceará, UFC, Ceará, Brasil

[Dr. Sebastien Pesce](#), Universidade de Orléans, França