

UNIVERSIDADE CESUMAR (UNICESUMAR)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

CAROLINE URIAS CHALLOUTS

**RELAÇÃO ENTRE CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE:
REPRESENTAÇÕES DE TRABALHADORES DA
CONSTRUÇÃO CIVIL DA REGIÃO METROPOLITANA DE
MARINGÁ-PR**

MARINGÁ
2022

CAROLINE URIAS CHALLOUTS

**RELAÇÃO ENTRE CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE:
REPRESENTAÇÕES DE TRABALHADORES DA
CONSTRUÇÃO CIVIL DA REGIÃO METROPOLITANA DE
MARINGÁ-PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade Cesumar (Unicesumar), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Dr.^a Tânia Maria Gomes da Silva
Coorientador: Dr. Lucas França Garcia

MARINGÁ
2022

FICHA CATALOGRAFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C294r Challouts, Caroline Urias.
Relação entre as condições de trabalho e saúde: representações de trabalhadores da construção civil da região metropolitana de Maringá-PR / Caroline Urias Challouts. – Maringá-PR: UNICESUMAR, 2022.
120 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Profa. Dra. Tania Maria Gomes da Silva.
Coorientador: Prof. Dr. Lucas Garcia França.
Dissertação (mestrado) – Universidade Cesumar - UNICESUMAR, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Maringá, 2022.

1. Promoção da saúde. 2. Engenharia civil. 3. Saúde do trabalhador. I. Título.

CAROLINE URIAS CHALLOUTS

Relação entre condições de trabalho e saúde: representações de trabalhadores da construção civil da região metropolitana de Maringá - PR

Dissertação apresentada à Universidade Cesumar (Unicesumar), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

COMISSÃO JULGADORA

Professora Dra. Tânia Maria Gomes da Silva
Universidade Cesumar (Unicesumar)

Professora Dra. Ely Mitie Massuda
Universidade Cesumar (Unicesumar)

Professor Dr. Elias Ferreira Porto
Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP

Aprovado em: 22/02/2022

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Verani e Luiz, às minhas irmãs, Camila e Carina, e aos meus sobrinhos, Dudu, Anita e Helena.

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus, acima de tudo, por sempre abençoar e iluminar o meu caminho.

Aos meus familiares, pelo apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida. Por acreditarem em mim e não medirem esforços para a concretização dos meus sonhos. Amo vocês!

Agradeço, de forma muito especial, à minha orientadora Dr.^a Tânia Maria Gomes da Silva, por toda ajuda, paciência e prontidão. Hoje, muito mais que minha professora, é para mim uma amiga querida e uma fonte de inspiração. Sou muito grata por esses anos de pesquisa juntas e por tudo que aprendi com ela. Agradeço também ao meu coorientador Dr. Lucas França Garcia por todo apoio, competência e conhecimento compartilhado. Sem vocês, esse estudo não seria possível!

Ao meu namorado, Alif, por ser tão importante em minha vida. Sempre ao meu lado, me levando para as aulas, orientações, escutando meus desabafos e meus ensaios para as apresentações em congressos e palestras. Obrigada, por me fazer acreditar que posso mais que imagino. Te amo!

Às minhas melhores amigas, Carolina e Mariana, anjos que Deus colocou em meu caminho. Mesmo com a distância, sempre se fizeram presentes em minha vida e estarão sempre em meu coração. Obrigada pelo companheirismo, apoio e amizade incondicional. Amo vocês!

As minhas amigas Ingrid e Jéssica, que fizeram parte dessa etapa da minha vida, sempre comigo me escutando, me animando e torcendo por mim. Eu amo muito vocês!

Agradeço às professoras Ely Mitie Massuda e Andrea Grano Marques, que contribuíram com suas observações pertinentes na banca de qualificação.

Agradeço aos membros da banca examinadora, Prof.^a Dr.^a Ely Mitie Massuda e Prof. Dr. Elias Ferreira Porto, que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com esta dissertação.

À Universidade Cesumar (Unicesumar), por ter me possibilitado desenvolver este trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde (Unicesumar) pelos valiosos ensinamentos.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Por último, mas muito especialmente, aos trabalhadores que se dispuseram a dar seus depoimentos, os quais foram de valiosa contribuição para a realização do trabalho.

“A desvalorização do mundo humano aumenta em proporção direta com a valorização do mundo das coisas”.

Karl Marx

Relação entre condições de trabalho e saúde: representações de trabalhadores da construção civil da região metropolitana de Maringá - PR

RESUMO

O campo de estudo intitulado Saúde do Trabalhador surgiu no Brasil no final dos anos 1970 e se consolidou nas décadas seguintes, subsidiado pelo processo de democratização do país que permitiu análises sociais mais atentas às opressões do mundo do trabalho. Desde então, estudos interdisciplinares têm levantado proposições que contribuem para a elaboração de políticas públicas de validação de direitos e proteção da classe trabalhadora. Um exemplo se dá na área da construção civil, ambiente onde ocorre grande número de acidentes e os maiores percentuais de doenças ocupacionais. Admite-se que condições inadequadas de trabalho contribuem para essa situação de vulnerabilidade, podendo ser responsabilizadas por inúmeros adoecimentos. Nesta pesquisa, são analisadas as representações de trabalhadores da construção civil na região metropolitana de Maringá, noroeste do Paraná, sobre a relação entre condições de trabalho e saúde. Como objetivos secundários, busca-se, ainda, identificar as principais fragilidades que comprometem a saúde dos trabalhadores e perceber se existem práticas efetivas de promoção da saúde no referido setor. A amostra conta com o depoimento de 14 profissionais do sexo masculino, gênero predominante no setor, com idade igual ou superior a 18 anos, que desempenhavam atividades nos canteiros de obras há mais de um ano. Os dados foram analisados seguindo a perspectiva da análise de conteúdo de Bardin (2016), com auxílio do software NVIVO 12. A perspectiva teórica seguiu uma abordagem interdisciplinar, se valendo de conceitos sociológicos, históricos, psicológicos e do âmbito da saúde. Os resultados evidenciaram que os entrevistados apresentam uma autopercepção positiva sobre sua saúde, apesar de manterem um estilo de vida pouco saudável. Foi identificado que o vínculo de trabalho informal é fator de grande fragilidade aos trabalhadores, visto que o estresse e a sensação de sobrecarga no ofício são mais comuns entre os trabalhadores informais. Além disso, ações de promoção da saúde não são realizadas com esses trabalhadores, tornando os mesmos ainda mais vulneráveis aos riscos de adoecimento em resultado do trabalho. Em contrapartida, trabalhadores formais participam de práticas promotoras de saúde, as quais tem papel importante para a conscientização dos mesmos quanto aos riscos presentes no trabalho e a importância em cuidar da saúde de forma preventiva. Conclui-se que é fundamental articular ações governamentais atentas às estratégias promotoras de saúde do trabalhador, com enfoque principal nos trabalhadores informais.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Engenharia Civil. Saúde do Trabalhador.

Relationship between work conditions and health: representations from construction industry workers in the metropolitan region of Maringá-PR

ABSTRACT

The field of study called Worker's Health emerged in Brazil in the end of the 1970s, and was consolidated over the two following decades, subsidized by the process of democratization of the country, which allowed for social analyses that were more attentive to the types of oppression that take place in the job market. Since then, interdisciplinary studies have championed proposals that contribute for the elaboration of public policies for the validation of rights and the protection of the worker class. One example is in the construction industry, where there is a high number of accidents and the highest number of occupational diseases. It can be considered that inadequate work conditions contribute for this situation of vulnerability and can be seen as the reason for many diseases. This research analyzes the representations from construction industry workers in the metropolitan region of Maringá, in the northwest of the state of Paraná, about the relations between work conditions and health. Its secondary objectives include attempting to ascertain the main fragilities that compromise the health of the workers and verify whether there are effective health promotion practices in the sector. The sample includes statements from 14 male professionals — most workers in this field are male — who are 18 years old or older and had been working in construction sites for more than one year. Data were analyzed according with Bardin's (2016) content analysis, with the aid of the NVIVO 12 software. The theoretical perspective followed an interdisciplinary approach, using sociological, historical, psychological, and health concepts. The results showed that the interviewees had a positive self-perception about their health, despite having a mostly unhealthy lifestyle. It was found that having an informal work relation is a factor that increases the fragility of workers, since the informal workers are more stressed and more likely to feel overburdened in their work. Furthermore, actions to promote health are not carried out with these workers, making them even more vulnerable to the risks of becoming diseased in spite of their work. On the other hand, formal workers participate in health promoting activities, which have an important role in raising their awareness about the risks in their line of work and the importance of having preventive care towards their health. It has been concluded that it is essential to articulate government actions attentive to strategies to promote the health of the worker, especially focusing on informal workers.

Keywords: Health Promotion. Construction Industry. Occupational Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

CEBES: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CEREST: Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

CGPNPS: Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde

CIST: Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador

CLT: Consolidações das Leis do Trabalho

CTPP: Comissão Tripartite Paritária Permanente

DDS: Determinantes Sociais da Saúde

DIESAT: Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes do Trabalho

DIPSAT: Divisão de Proteção à Saúde do Trabalhador

EPI: Equipamento de Proteção Individual

FUNDACENTRO: Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INSS: Instituto Nacional do Seguro Social

MEI: Microempreendedores Individuais

NOST: Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS

NR: Norma Regulamentadora

OIT: Organização Internacional do Trabalho

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

PCMSO: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

PNSTT: Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PLANSAT: Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho

PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde

PS: Promoção da Saúde

PST: Programas de Saúde do Trabalhador

PT: Partido dos Trabalhadores

RENAST: Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RS: Representações Sociais

SUS: Sistema Único de Saúde

SESMT: Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

ST: Saúde do Trabalhador

TRS: Teoria das Representações Sociais

VISAT: Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.2. Objetivos	16
1.2.1. Objetivo Geral	16
1.2.2. Objetivos Específicos.....	16
2. REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1. Germinando as propostas de promoção da saúde	17
2.1.1. Promoção da Saúde no Brasil.....	18
2.2. Promoção da Saúde do Trabalhador	21
2.2.1. Promoção da saúde do trabalhador no Brasil.....	23
2.2.2. Avanços da saúde do trabalhador no Brasil e sua institucionalização no SUS.....	26
2.3. Promoção da saúde do trabalhador na indústria da construção civil	31
2.4. Representações sociais	33
3. MÉTODOS	34
3.1. Delineamento do estudo	34
3.2. Instrumento	34
3.3. Amostra.....	34
3.4. Cenário	35
3.5. Análise de dados	36
3.6. Aspectos éticos.....	37
4. RESULTADOS	38
4.1. Artigo 01	38
4.2. Normas do Artigo 01.....	70
4.3. Artigo 02	78
4.4. Normas do Artigo 02.....	99
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
6. REFERÊNCIAS	104
ANEXO	113
Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética	113
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	116
Anexo 3 – Declaração de Autorização 01	117
Anexo 4 – Declaração de Autorização 02	118
APÊNDICE	119
Apêndice A – Entrevistas Semiestruturadas.....	119

1. INTRODUÇÃO

Há mais de quatro décadas, o campo¹ denominado saúde do trabalhador encontra-se em expansão; resultado das contribuições trazidas da área da saúde coletiva, que ampliou o quadro interpretativo do processo saúde-doença, valendo-se da contribuição teórica e metodológica das ciências sociais (MINAYO-GOMEZ; VASCONCELOS; MACHADO, 2018). A utilização de um novo paradigma em estudos sobre saúde permitiu análises que conjugavam fatores econômicos, culturais e individuais, potencializando a visão proposta pela medicina do trabalho e a saúde ocupacional (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Em 1983, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), sob influência da Organização Internacional do Trabalho (OIT), publicaram o Programa de Salud de los Trabajadores. Como resultado dessas discussões, em 1984, na cidade de Campinas-SP, foi realizado um seminário onde se discutiu a importância de uma visão mais holística da problemática saúde-trabalho; o resultado foi uma efetiva mudança de foco do conceito de saúde ocupacional para a saúde do trabalhador (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Sendo o interesse deste trabalho a construção civil, consideramos a importância de atender para a saúde do trabalhador neste contexto. Esse é um campo em que indivíduos com distintas posições de poder se agregam para realizar atividades segundo a posição particular ocupada na estrutura social; desde aqueles com maior capital cultural², como os engenheiros e as engenheiras, quanto aqueles com pouca ou mesmo nenhuma educação escolar formal, como os pintores, os pedreiros e os ajudantes de pedreiros etc.

Os trabalhadores da construção civil que desempenham as funções de pedreiros, mestres de obras, pintores, serventes, entre outras do setor de produção, os quais constituem nosso efetivo objetivo de análise, realizam majoritariamente tarefas de risco, como os serviços em altura, manuseio de ferramentas cortantes, uso de equipamentos ligados à eletricidade, entre outras, podendo causar machucaduras e até mesmo a morte. Além da falta de segurança, esses serviços costumam ser realizados em condições ambientais bastante desfavoráveis; a exemplo

¹ O conceito de campo é aqui entendido como o espaço onde ocorrem as práticas ou fazeres específicos dos sujeitos, com problemas, luta de posições e interesses próprios e, também, como um espaço em que os sujeitos atuam coletivamente na construção do simbólico e das representações do ser e agir no mundo. O campo é, portanto, um espaço de pluralidade (cf. BOURDIEU, 1996).

² Capital cultural consiste em uma metáfora criada pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu, que busca explicar de que modo a cultura inserida em uma sociedade dividida por classes, é convertida em uma espécie de moeda utilizada como validação das diferenças sociais existentes entre as classes dominantes e as classes dominadas.

de obras com banheiros improvisados, ou sem um local próprio para a alimentação dos trabalhadores (NASCIMENTO; SALIM, 2018; GOMES; AREZES; VASCONCELLOS, 2016; COSTA, 2015).

Esses e outros descuidos têm sido responsáveis por várias doenças ocupacionais e elevada taxa de acidentes, alguns fatais, como atesta estudo realizado, em 2021, pela OMS e a OIT. Nele, buscou-se quantificar globalmente o número de lesões, adoecimentos e mortes relacionados ao trabalho (2000 a 2016). Foram considerados 19 fatores de risco ocupacional, entre eles, longas jornadas de trabalho, exposição à poluição, às substâncias cancerígenas, riscos ergonômicos e excesso de ruídos no ambiente laboral. De acordo com a pesquisa, ocorreram mais de 1,9 milhões de mortes somente em 2016 em razão desses fatores. As longas jornadas foram consideradas o principal risco, respondendo por 750.000 mortes. Doenças pulmonares obstrutivas crônicas responderam por 450.000 óbitos; acidente vascular cerebral, 400.000; cardiopatia isquêmica, 350.000 e lesões ocupacionais, 380.000 mortes. Apesar de o relatório ter evidenciado queda global de 14%, no número de mortes por questões de trabalho no período analisado, a OMS/OIT admite não haver motivos para comemorações, visto que as doenças cardíacas e os derrames associados à exposição a longas jornadas de trabalho aumentaram, respectivamente, 41% e 19% (OIT, 2021).

No Brasil, segundo o Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho, entre 2012 e 2018, foram notificados 4.503.631 casos de acidentes, sendo 104.646 notificações relacionadas ao setor da construção de edifícios (BRASIL, 2020c).

Frente ao exposto, observamos a fragilidade dos trabalhadores. Todas essas mortes poderiam ser evitadas se os governos tivessem comprometimento efetivo com as demandas da classe trabalhadora. Mas, pelo contrário, as dinâmicas do capitalismo, notadamente a globalização e a adoção de políticas neoliberais, vêm modificando o processo produtivo e transformando o mundo do trabalho. Tal situação é responsável por inúmeras perdas da classe trabalhadora. Um exemplo é o enfraquecimento dos movimentos sindicais que atingiu toda a América Latina e, no Brasil, teve em Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso seus principais defensores (PERONI; MARTINS-SILVA; SILVA JÚNIOR, 2020).

Vale ressaltar: o sindicalismo é muito mais do que uma luta por direitos trabalhistas; é, pois, fonte de coesão e amparo para os trabalhadores, por isso, o desmantelamento sindical os fragiliza, não apenas no âmbito econômico, mas emocional e psicológico, com reflexos no aumento de doenças psíquicas, incluindo o suicídio (ANTUNES; PRAUN, 2015). Os operários da construção civil, bem menos articulados em termos sindicais do que os operários fabris,

certamente vêm sofrendo mais intensamente as consequências da deterioração das condições laborais.

Por conta deste cenário insatisfatório, se faz necessária a implantação de medidas que protejam a vida e promovam condições mais adequadas de saúde para trabalhadores de todos os setores. No que tange à engenharia civil, vários estudos já foram realizados buscando conhecer os riscos aos quais os funcionários da área estão expostos e avaliar medidas de prevenção e de segurança executadas (HNIZDO et al., 2011; SILVA FILHO et al., 2019; SANTOS et al., 2017; SANTOS FILHO, 2017; SILVA et al., 2016;). Exemplo disso é o estudo de Silva Filho e colaboradores (2019) que apontou as fragilidades das ações de vigilância em saúde do trabalhador nos serviços de atenção básica. Segundo os autores, há necessidade de se realizar monitoramento biológico dos operários de modo a desenvolver precocemente medidas promotoras de saúde e sem desconsiderar a importância de ações preventivas ou curativas, logo, a ênfase recai sobre a importância de tomadas de ações promotoras de saúde.

Na mesma linha de raciocínio, um estudo na Grã-Bretanha demonstrou que apesar do alto entendimento dos trabalhadores da construção civil a respeito das normas regulamentadoras sobre as medidas de higiene e de segurança do trabalho, há, nos países, baixo desenvolvimento de políticas de promoção da saúde, em especial, quanto aos riscos do consumo de álcool e cigarro e o câncer de pele, resultado de contínua exposição aos raios solares (PRITCHARD; MCCARTHY, 2002).

No Brasil, Amorim et al. (2017) apontaram as dificuldades do desenvolvimento de cuidado qualificado aos trabalhadores da construção civil, os quais, muitas vezes, dão entrada no pronto atendimento com doenças ocupacionais que acabam não sendo identificadas pelos profissionais de saúde. Os autores concluem ser preciso investir em uma ação integrada entre atenção básica e vigilância em saúde que incorporem as relações entre ambiente e saúde.

Além dos estudos supracitados, merece destaque pesquisa recente realizada por Ferreira Filho; Ramos & Castro (2020) em uma construtora da cidade de Redenção, no Pará, em que se evidenciou altos índices de acidentes na execução de redes de energia elétrica, na zona rural. A pesquisa buscou compreender o comportamento dos trabalhadores da empresa e suas relações com os acidentes de trabalho por meio de observação dos participantes e entrevistas estruturadas com funcionários e administradores do setor. De acordo com os resultados apresentados, são realizados a supervisão e o acompanhamento frequentes das atividades na construtora, e há elevado número de colaboradores que não seguem as normas regulamentadoras, existindo, além disso, falhas nas fiscalizações realizadas pela empresa. A

pouca problematização sobre as ações da empresa foi uma fragilidade desse estudo que, de todo modo, deu contribuições importantes para pesquisas da área. Ademais, o artigo não explicita quais eram as condições do local de trabalho e se havia ou não a disposição de um canteiro de obras com áreas de vivência onde esses trabalhadores pudessem tomar água potável, fazer suas necessidades e se alimentar, conforme orientações da Norma Regulamentadora n.º18 NR-18 (BRASIL, 2020a).

Conforme destacado, a área da construção civil, no Brasil, reúne expressivo contingente de trabalhadores com múltiplas formações e baixa escolaridade, fatores que potencializam as vulnerabilidades (JASANI et al., 2017). O conceito de vulnerabilidade tem sido bastante utilizado na área da saúde nas últimas quatro décadas em substituição à noção de risco. Essa concepção se estrutura a partir de três dimensões: biológica/individual, traduzida pelos comportamentos pessoais, os quais denotam maior ou menor predisposição ao adoecimento; dimensão social, identificada pelas situações que interferem na saúde, a exemplo de moradia, trabalho e educação; e dimensão institucional/programática ligada às ações governamentais de elaboração de políticas públicas de cuidado com a saúde (AYRES, 2014). No caso específico dos trabalhadores da construção civil, a dimensão social se materializa em ações que podem diminuir acidentes e adoecimentos.

Na perspectiva das propostas apresentadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2018), é imperativo que se cumpram as ordenações das Normas Regulamentadoras do Trabalho (NRs), articulando ações individuais e governamentais, para melhor compreensão dos programas e Normas Regulamentadoras (NRs), de modo a promover qualidade de vida, redução de vulnerabilidades e riscos à saúde.

Diante do exposto, o presente estudo caminha na direção de defesa dos direitos da classe trabalhadora, especificamente dos profissionais que desempenham funções, muitas vezes, desvalorizadas, mas imprescindíveis na área da construção civil.

Esta pesquisa está ancorada na linha “Educação e Tecnologias na Promoção da Saúde” e ao projeto “Promoção da saúde em diferentes ambientes, espaços e contextos de aprendizagem, assistência e trabalho”, do programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade Cesumar.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo Geral

Analisar as representações de trabalhadores da construção civil na região de Maringá-PR a partir da relação entre condições de trabalho e saúde.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar as condições de trabalho da construção civil em Maringá-PR.
- Conhecer aspectos de vida e saúde de trabalhadores da construção civil.
- Discutir se existem práticas efetivas de promoção da saúde no setor da construção civil.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Germinando as propostas de promoção da saúde

A Promoção da Saúde (PS) é uma estratégia de enfrentamento aos problemas de saúde das populações que se efetiva a partir de um entendimento amplo do processo saúde-doença e de seus determinantes, estabelecendo uma associação entre os saberes técnicos e populares (BUSS et al., 2020). Mobiliza ações que vão desde a implementação de políticas públicas ao desenvolvimento de ações comunitárias a favor da qualidade de vida (PENÃ, 2019). O conceito vem sendo cada vez mais discutido nos últimos anos como uma estratégia importante no enfrentamento dos desafios da área da saúde (SILVA et al., 2019).

Promover saúde exige atentar para os problemas concretos enfrentados pelos indivíduos, considerando os conhecimentos populares e a singularidade dos povos, tendo como propósito maior a conquista da equidade por meio da atenção dos determinantes sociais de saúde (MIALHE; PELLICIONI; PELICIONI, 2019). Nesse aspecto, políticas de PS só têm condições de efetivação concreta em governos minimamente democráticos e comprometidos com todas as camadas sociais, especificamente, com aquelas em situação de vulnerabilidade econômica e social.

Um recuo histórico nos mostra que a gênese da PS se deve ao médico Henry Sigerist que, na década de 1940, dividiu as funções da medicina em quatro esferas: promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação dos enfermos e reabilitação. Mais tarde, Leavell e Clark estudaram o desenvolvimento e a prevenção das enfermidades de modo a anular a ação da doença antes que ela se instaurasse e instituíram três níveis de prevenção para as doenças: primária, secundária e terciária. A promoção da saúde se encontrava como medida preventiva na atenção primária, ligada a estilos de vida e ambientes saudáveis (SILVA; BAPTISTA, 2015).

O Canadá foi o carro-chefe em ações de PS quando, em 1974, Marc Lalonde, Ministro da Saúde e Bem-Estar, defendeu que ações individuais não saudáveis ocasionavam adoecimentos e oneravam os serviços de saúde do país. Resultou, dessa iniciativa, o Relatório Lalonde, que introduziu a discussão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), trazendo fundamentos importantes para a promoção da saúde na contemporaneidade. Em 1978, a 1.^a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma Ata, no Cazaquistão, reafirmou a noção de saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença. A Declaração de Alma-Ata instituiu ainda que a saúde é

um direito humano essencial em todos os estágios da vida, devendo ser assegurada não só pelo setor saúde, mas, também, pelos setores político, econômico e social (SILVA; BAPTISTA, 2015).

Porém, o documento mais significativo para a promoção da saúde foi a Carta de Ottawa, resultado das discussões da 1.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em 1986, no Canadá (SILVA; BAPTISTA, 2015). A Carta apresenta a necessidade de educação e a saúde caminharem juntas, tanto por meio de um ensino formal, quanto em relação ao resultado do cotidiano da população, ou seja, das condições de vida, das práticas de autocuidado e de cuidado com o próximo e da capacidade que as pessoas têm de fazerem suas próprias escolhas de maneira consciente (MIALHE; PELLICIONI; PELICIONI, 2019).

A Carta de Ottawa inaugurou uma discussão profícua. Nos anos subsequentes à sua apresentação, foram elaboradas outras cartas internacionais de Promoção da Saúde: Adelaide (OMS, 1988), Sundvall (OMS, 1991), Jacarta (OMS, 1997), Cidade do México (OMS, 2000), Bangkok (OMS, 2005), Nairobi (OMS, 2009), Helsinque (OMS, 2013) e Xangai (OMS, 2016). Dentre elas, cabe salientar, segundo os propósitos do presente estudo, a Declaração de Sundsvall, resultante da 3.^a Conferência, realizada na Suécia (BUSS et al., 2020). Essa conferência foi a primeira a tratar a interdependência entre saúde e meio ambiente. Nela, considerou-se que o “ambiente” não se limita à dimensão física ou natural, mas, também, compreende as dimensões sociais, políticas, econômicas e culturais (BUSS et al., 2020). O documento afirmou que os ambientes em que as pessoas vivem, trabalham e se divertem impactam diretamente sobre a saúde e a qualidade de vida, sustentadas pelas estruturas política e econômica (BUSS et al., 2020). Por fim, a declaração propôs planos de ação capazes de assegurar o acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde por toda a população (BUSS et al., 2020).

2.1.1. Promoção da Saúde no Brasil

No Brasil, a discussão da PS coincide com o movimento da Reforma Sanitária. Entende-se por Reforma Sanitária o movimento organizado pela sociedade brasileira em busca de democracia, direitos sociais e um novo sistema de saúde. Sua gênese se encontra nos anos 1970, quando o quadro político de toda a América Latina estava sob o governo de regimes autoritários. Intelectuais, estudantes, entidades representativas dos profissionais da saúde e sociedade defenderam várias mudanças no setor. A criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), em 1976, foi o resultado destas lutas. O CEBES reafirmou a ideia da saúde como um

direito de todos e um dever do Estado (PAIM, 2008). Três anos depois, outra iniciativa acadêmica importante foi a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

Todos esses movimentos eram bastante críticos à forma como a saúde vinha sendo tratada no Brasil, em especial, a falta de protagonismo popular e a desvalorização dos conhecimentos populares. Esses debates só puderam acontecer em razão da abertura do regime militar iniciado por Ernesto Geisel (1974 - 1979) e consolidado por João Batista Figueiredo (1979-1985) (TEIXEIRA; PAIVA, 2018; PAIM, 2008).

Antes de darmos continuidade à discussão sobre a VIII Conferência, é importante que façamos um breve recuo temporal. Desde 1966, a saúde no Brasil estava a cargo do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O INPS foi criado por meio do Decreto Lei n.º 72 de 21 de novembro de 1966, buscando aumentar a eficiência do sistema de saúde para os brasileiros e brasileiras. De fato, houve avanço no acesso à saúde, como a incorporação da população rural, mas, apresentando distinções dos demais trabalhadores, como, por exemplo, a partir de 1971, exigia-se a condicionalidade da existência de recursos orçamentários; além disso, levava-se em conta se a “gratuidade” seria total ou parcial, conforme a renda familiar do trabalhador. Somente trabalhadores com carteira assinada e que contribuía para a previdência e seus dependentes tinham direito a atendimento médico-hospitalar gratuito (RIBEIRO et al., 2010). Em 1977, sob o comando do Ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado, o INPS foi substituído pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (FINKELMAN, 2002).

Após essas considerações, voltemos à Reforma Sanitária, cujas propostas foram largamente discutidas na VIII Conferência, um marco na luta pela universalização do sistema de saúde. Entre elas, destacamos a luta por um sistema de saúde, que no Brasil teve como uma das proposições a divisão de atribuições específicas entre União, estados e municípios e de acesso a todos, isto é, descentralizado e democrático. Criaram-se, assim, as condições para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS seria um elemento catalisador das políticas governamentais, do saber médico, das ações de *advocacy* em saúde e da defesa da participação popular nas ações de saúde, contribuindo para a efetivação de práticas de promoção da saúde (BUSS et al., 2020).

Com a redemocratização, houve a possibilidade de escolha do presidente da República, ainda que por voto indireto, mas o passo mais decisivo para a total conquista da democracia no

Brasil foi a promulgação de uma nova Constituição Federal. De acordo com essa Lei Fundamental, em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Nesse artigo, são dadas as condições para a criação do SUS, mas é relevante a observação feita por Paim (2008) de que o ponto de partida para o direito à saúde no Brasil não se dá a partir da implementação do SUS, como se costuma afirmar, mas é o resultado de um projeto nascido ainda na década de 70, com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), o qual integra outras lutas por direitos no âmbito da educação, moradia, participação política etc. (COSTA et al., 2020). Todavia, a consideração de Paim (2008) em nada conflita com a exaltação do SUS como um momento ímpar das conquistas contemporâneas do setor saúde no Brasil.

Em 2002, as discussões na área da saúde buscavam apontar as razões pelas quais se deveria promover vida saudável, por meio do delineamento de distintas maneiras de impulsionar essa política nacional. Entre elas, podemos citar: gestão intersetorial de recursos, de modo a desenvolver novas políticas públicas saudáveis; regulação dos estados e municípios frente à proteção e à promoção de saúde; reforço ao processo de participação social; promoção de estilo de vida saudável; reorientação das práticas de cuidado com enfoque no respeito às singularidades dos povos etc. (MALTA et al., 2016).

Ainda em busca do entendimento sobre a formulação da PNPS, merece destaque a Portaria MS n.º 1.990/200, que instituiu o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS) (SILVA; BAPTISTA, 2015), o qual ficou responsável por estruturar e acompanhar a implementação da Política, estimular os municípios e estados a desenvolver planos de PS, bem como articular ações de PS no SUS (MALTA et al., 2016).

Todos esses procedimentos culminaram, em 2006, na promulgação e na consolidação da Política Nacional de Promoção da Saúde, por meio da Portaria n.º 687 (BRASIL, 2006), no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, pertencente ao Partido dos Trabalhadores (PT). A política iniciou apresentando o conceito conforme as cartas de promoção da saúde citadas anteriormente e tendo como objetivo reduzir as vulnerabilidades à saúde, por meio do reforço de estratégias de ação na busca de mudança dos estilos de vida e diminuição dos fatores de risco (SILVA; BAPTISTA, 2015). Deste modo, as estratégias da política se aproximavam da vigilância em saúde, reforçando o controle e a prevenção de doenças por meio da adoção de hábitos saudáveis,

como, por exemplo: prática de atividade física, prevenção e controle do uso de tabaco, redução de danos pelo uso de álcool e outras drogas, prevenção da violência etc. (SILVA; BAPTISTA, 2015).

Em 2014, a PNPS foi revista e redefinida. A elaboração do novo documento foi uma iniciativa do Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (SILVA; BAPTISTA, 2015). O documento contou, em sua elaboração, com atores de diversos territórios, de várias regiões brasileiras e foi desenvolvido visto a necessidade de atualizar a PNSP, incrementando as ações de promoção da saúde no território e assegurando sua conciliação com os princípios e diretrizes do SUS (SILVA; BAPTISTA, 2015).

O novo documento estabeleceu os valores constituintes no processo de instituição da PNPS, que compreende a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça social e a inclusão social (BRASIL, 2018). A política atualizada também estimulou a pesquisa, a elaboração e o compartilhamento de experiências e conhecimentos que deem suporte à tomada de decisão e desenvolvem a autonomia da população em aspectos relacionados à saúde. O empoderamento coletivo foi uma das prioridades dessa política, que passou a contar com a construção compartilhada de ações de PS (SILVA; BAPTISTA, 2015).

2.2. Promoção da Saúde do Trabalhador

Entende-se por saúde do trabalhador os conhecimentos e as estratégias interdisciplinares, multiprofissionais e interinstitucionais que buscam intervir nos processos de trabalho capazes de provocar doenças e agravos na vida da classe trabalhadora – tema discutido por pesquisadores de áreas interdisciplinares (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018). Além de atuar em termos de prevenção dos acidentes, na busca por um ambiente de trabalho seguro e saudável, as ações voltadas à saúde cooperam com a reabilitação e a recuperação da saúde dos trabalhadores que tiveram seu bem-estar comprometido em decorrência de suas atividade profissionais (BANDINI, 2014).

Embora o campo saúde do trabalhador, enquanto discussão conceitual, teórico-metodológica a partir dos preceitos da ciência, seja algo novo, o mesmo não se pode dizer a respeito das discussões sobre a realidade de vida da classe trabalhadora, que ocorrem desde a consolidação do capitalismo. Um exemplo é **A situação da classe trabalhadora na**

Inglaterra, obra seminal de Friedrich Engels, produzida no século XIX (ENGELS, 2010). País pioneiro do avanço industrial, a Inglaterra apresentava significativo aumento de trabalhadores adoecidos, com reflexos sobre a saúde dos demais membros de sua família. A precariedade das habitações, a alimentação pobre em nutrientes e o desemprego causado, em parte, pela exploração da mão-de-obra feminina e infantil, mais baratas, são elementos que comprometeram muito as condições de saúde. Não devemos, pois, desconsiderar a seguinte observação: “[...] a situação familiar do operário é tão diversificada quanto o seu salário e nível de qualificação” e “[...] quanto mais se desce na escala dos salários, mais dura é a condição operária” (SEGALEN, 1986, p. 12); sendo assim, a maioria das famílias sofriam.

Considerada a veracidade das denúncias de Engels, outros estudos foram realizados e seus resultados impulsionaram, com o tempo, algumas mudanças. Uma delas foi a decisão dos empregadores de introduzir um médico no interior das fábricas, permitindo que os empregados com quaisquer problemas de saúde pudessem ser diagnosticados e tratados, para retornarem a seus postos da maneira rápida, evitando comprometimento dos lucros (MENDES; DIAS, 1991). Tratava-se muito mais de uma noção movida pelo interesse econômico do que por razões filantrópicas. Tal fato, ocorrido no século XIX, levou ao surgimento do que hoje conhecemos como medicina do trabalho. Outra solução adotada para diminuição com igual propósito foi o estabelecimento das primeiras normatizações e legislações trabalhistas, pois se entendeu corretamente que ambientes fechados e insalubres das fábricas e as longas jornadas de trabalho adoeciam os trabalhadores (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

No século XX, as condições precárias de trabalho foram mantidas, mas os trabalhadores já não se submetiam tão facilmente a elas e passaram a se organizar em busca de mudanças. Logo após a Primeira Guerra Mundial, na Conferência de Paz, em 1919, foi criada a Organização Internacional do Trabalho (OIT) com o objetivo de estabelecer justiça social e melhorar as condições laborais (LEITÃO, 2017). A OIT se mantém até hoje como a organização responsável por formular e aplicar as normas internacionais do trabalho (MELEU; MASSARO, 2017).

Posteriormente, o termo medicina do trabalho passou por um processo de evolução, culminando na saúde ocupacional. Essa área da medicina teve início nas grandes empresas como um modelo de intervenção dos ambientes laborais, na busca por diminuir os riscos ambientais, que são aqueles advindos de agentes químicos, físicos e biológicos (MENDES; DIAS, 1991).

Desde a década de 1960, havia movimentos sociais importantes pela defesa da classe trabalhadora na Alemanha, França, Inglaterra, Estados Unidos, Itália, entre outros (MENDES; DIAS, 1991). A partir desse momento, passam a ser discutidas algumas questões, como, por exemplo, o porquê de as pessoas trabalharem e o valor da liberdade (ODDONE et al., 2020). Tais questionamentos dão origem à percepção de que os trabalhadores deveriam ser participantes ativos ao se tratar dos quesitos de saúde e segurança no trabalho (BRITO; ATHAYDE, 2020).

Em 1970, na Itália, ocorreu o movimento operário italiano, organizado pelos trabalhadores, que queriam atuar nas decisões referentes ao aprimoramento das condições e ambientes laborais (ODDONE et al., 2020). O movimento iniciado na Itália atingiu seu objetivo e também ocasionou alterações nas legislações vigentes, as quais trouxeram, como algumas de suas mudanças, a fiscalização dos ambientes de trabalho pelos sindicatos e a garantia de informação aos trabalhadores etc. (ODDONE et al., 2020). As mudanças alcançadas na Itália impulsionaram conquistas semelhantes em outros países (BRITO; ATHAYDE, 2020).

A década de 70 acompanhou novas mudanças nos métodos de trabalho, marcados pela terceirização da economia dos países desenvolvidos (MENDES; DIAS, 1991), os quais passaram a transferir indústrias para os países em desenvolvimento (SOUZA, 1998).

Outro importante marco que ocasionou a mudança das relações de trabalho e consequentemente impactou na saúde dos trabalhadores foi o estabelecimento de novas tecnologias, a automação e informatização (FRIAS JUNIOR, 1999). Nesse momento, volta a se destacar o taylorismo, que consiste em um modelo de organização do processo produtivo que busca aumentar a produção por meio do controle e planejamento do trabalho (ODDONE et al., 2020).

2.2.1. Promoção da saúde do trabalhador no Brasil

O campo de saúde do trabalhador, no Brasil, sofreu influência do movimento sanitário ocorrido na Itália e pela medicina social instituída na América Latina (SANTOS et al., 2019). Conforme abordado neste trabalho, no período de ditadura militar, os direitos trabalhistas sofreram grande retrocesso.

Durante o período de 1968 a 1973, ocorreu, no Brasil, um grande crescimento econômico que ficou conhecido como “milagre econômico brasileiro”. Foram construídas grandes obras, mas as condições de trabalho eram precárias e os canteiros de obras insalubres

e inseguros, fazendo com que muitos trabalhadores perdessem a vida. Como consequência, em 1974, o Brasil teve o maior índice mundial de acidentes de trabalho, conforme pesquisas realizadas por Borsoi (2011).

Ciente desse cenário, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) pressionou o Brasil a adotar medidas de proteção ao trabalhador. O governo brasileiro criou leis que exigiam das empresas a contratação de médicos do trabalho, enfermeiros do trabalho ou auxiliares de enfermagem, engenheiros de segurança ou técnicos, sendo, então, criados os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) (BRASIL, 2016). Ainda hoje, o SESMT é responsável por garantir a atenção à saúde do trabalhador no ambiente laboral, sendo que as equipes de segurança do trabalho são dimensionadas para cada empresa em função do seu grau de risco (BRASIL, 2016).

Em 1966, também motivada pelos altos índices de acidentes de trabalho, foi criada, pelo governo brasileiro, uma instituição vinculada ao Ministério do Trabalho, a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro). Esse órgão governamental apresentava as características das Instituições de Saúde Ocupacional dos países desenvolvidos (JACKSON FILHO et al., 2015), tendo importante papel no início dos anos 1970 na formação dos profissionais responsáveis pela segurança e saúde dos trabalhadores (médicos, enfermeiros, engenheiros e técnicos) (JACKSON FILHO; GARCIA; SAITO, 2016). Atualmente, a Fundacentro está presente em todo o território brasileiro produzindo pesquisas sobre segurança, higiene e medicina do trabalho.

Ainda em busca de reduzir o número de doenças e acidentes provocados pelo trabalho, em 8 de julho de 1978, o Ministério do Trabalho modificou o capítulo V da CLT que trata sobre medicina e segurança do trabalho, criando as Normas Regulamentadoras (NRs) por meio da Portaria n.º 3.214 (BRASIL, 1978). Inicialmente, foram aprovadas 28 NRs com o objetivo de padronizar, fiscalizar e orientar as empresas e os trabalhadores sobre os procedimentos de segurança e medicina do trabalho. Contudo, apesar da reforma na legislação trabalhista, foram mantidas as características epidemiológicas focadas no indivíduo e com atendimento apenas aos trabalhadores do setor formal de trabalho (ANTUNES; PRAUN, 2015). É importante comentar que, na atualidade, as NRs são modificadas com regularidade, pois, frequentemente, as relações de trabalho passam por mudanças causadas pelos avanços tecnológicos ou novos métodos de trabalho.

O final da década de 70 marcou o momento de redemocratização da saúde no Brasil, o qual se deu por dois movimentos: movimento sanitário e movimento sindical (ODDONE et al.,

2020). Em síntese, o movimento sanitário brasileiro foi inspirado pelos processos de universalização e promoção da saúde que vinham ocorrendo no mundo, como, por exemplo, a reforma italiana citada, que teve um papel importante no processo de institucionalização do campo de saúde do trabalhador (ODDONE et al., 2020). Foram também objeto de inspiração para o movimento brasileiro os princípios discutidos na Conferência de Alma-Ata (1978) e, principalmente, a luta da população em busca do acesso à saúde (VASCONCELLOS; BONFATTI, 2020). A reforma sanitária brasileira tinha como objetivo criar um regulamento em defesa da saúde dos trabalhadores, voltada para a superação da ordem institucional conservadora, ou seja, buscava superar os modelos de medicina preventiva e curativa, além disso, defendia o campo da saúde do trabalhador como problema de saúde pública (AROUCA, 2003).

O movimento sindical, por sua vez, emergiu a partir das greves de 1978-1980, em decorrência da exploração do trabalho intensificada pelo regime militar, que atingiu principalmente os trabalhadores do setor metalúrgico, os quais passaram a se organizar no interior das fábricas, para impulsionar a luta operária e introduzir o campo saúde nos debates dos sindicatos (PINA et al., 2020). No mesmo período, em resposta à organização dos trabalhadores e do novo sindicalismo, foi criado o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes do Trabalho (DIESAT), que teve também um importante papel na implementação das questões relacionadas à saúde do trabalhador nos sindicatos e provocou a superação do assistencialismo médico existente nesses espaços. Essa mudança enfatizou que a questão da saúde do trabalhador deve ser uma atribuição da rede de saúde pública. Além disso, a DIESAT teve papel importante na melhoria das condições de trabalho e no fortalecimento da representação das classes trabalhadoras no ambiente laboral (PINA et al., 2020).

A criação do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) contribuiu para unificar a administração da previdência social no Brasil. Esse fator se apresentou como relevante para o controle social da questão de saúde no trabalho (FRIAS JUNIOR, 1999), sendo um dos suportes para a implementação do campo de saúde do trabalhador, que supera as lacunas deixadas pela medicina do trabalho e da saúde ocupacional, abordando, por exemplo, a questão da interdisciplinaridade; a capacitação de recursos humanos acompanhando o ritmo das transformações nas relações de trabalho; a necessidade de tornar o trabalhador “sujeito” das ações de saúde no ambiente laboral etc. (MENDES; DIAS, 1991).

A criação de movimentos em defesa de melhores condições do trabalho continuou se espalhando pelo país, sendo um deles os Programas de Saúde do Trabalhador (PST), o qual foi estabelecido em diversos estados brasileiros e lançava um novo modelo de valores advindos da reforma sanitária e da medicina preventiva (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018). O PST foi influenciado pelo documento Programas de Ação da Saúde dos Trabalhadores, publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 1983, que discutia sobre a evolução dos conceitos de saúde ocupacional para o de saúde dos trabalhadores, entendendo que as relações de saúde e trabalho se dão nas esferas individuais, econômicas e culturais (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018). O programa contava com a participação dos trabalhadores em vários níveis, até mesmo nas atividades de fiscalização em empresas (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

2.2.2. Avanços da saúde do trabalhador no Brasil e sua institucionalização no SUS

O verdadeiro momento de criação ideológica dos Programas de Saúde do Trabalhador que vinham se espalhando pelo Brasil, na década de 80, se deu com a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018). Na perspectiva da saúde do trabalhador, essa conferência afirma ser um pré-requisito de saúde o trabalho em condições dignas e, ainda, reforça a importância do conhecimento e da participação dos trabalhadores quanto aos processos e ambientes laborais (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Ainda, em 1986, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que contribuiu para a compreensão das competências do SUS quanto à saúde do trabalhador, considerada, a partir de então, como um direito, devendo ser integrada às ações do sistema público de saúde (GOMEZ, 2011). Essa conferência teve grande importância no processo de reformulação da saúde e promoveu um debate sobre o diagnóstico da condição da classe trabalhadora, indicando seus determinantes e apresentando soluções para mudar a realidade da categoria (BRASIL, 1986).

Além disso, como um desdobramento sobre a questão referente ao bem-estar laboral, precisamos ressaltar que, na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, a saúde do trabalhador foi definida como: dignas condições de vida; pleno emprego; estabilidade no trabalho e boa remuneração; organização livre, autônoma e representativa de classe; informação a respeito de dados sobre a relação vida/saúde/trabalho; acesso a serviços de saúde; participação da população nas decisões referentes à classe; e direito à recusa do trabalho (BRASIL, 1986).

Em 1990, foi regulamentado, pela Lei Orgânica da Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual reforçou o conceito ampliado de saúde, acrescentando no novo sistema questões de saúde do trabalhador (SILVA; FERRAZ; RODRIGUES-JUNIOR, 2016). Ademais, por meio dessa mesma lei, foram determinadas algumas ações de promoção da saúde do trabalhador que devem ser realizadas pelo SUS, tais como: a participação do estabelecimento de normas, critérios e padrões para assegurar as condições e ambientes de trabalho; e a coordenação da política de saúde do trabalhador de forma ordenada e descentralizada para estados e municípios (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Cabe ressaltar que a trajetória de institucionalização da saúde do trabalhador no SUS marcou o reconhecimento desse campo como integrante da saúde pública e foi de extrema importância para a luta dos trabalhadores brasileiros. Contudo, foi um processo que enfrentou inúmeros desafios, conforme apresentam os autores Gomez; Vasconcellos & Machado (2018), entre os quais podemos destacar: a falta de uma cultura de saúde do trabalhador no sistema público; resistência das vigilâncias clássicas (epidemiológica e sanitária) a integrar o binômio saúde/trabalho; a heterogeneidade na compreensão das questões de saúde do trabalhador etc. Atualmente, apesar dos avanços obtidos, há ainda um longo caminho a percorrer quando se trata de investir na dignidade no trabalho pela via da saúde do trabalhador (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Ainda durante a década de 1990, a Lei Orgânica da Saúde estabeleceu a necessidade de o Conselho de Saúde organizar a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018). A CIST, desde então, possui como atribuições: elaborar as normas técnicas que assegurem a promoção da saúde do trabalhador; contribuir na caracterização e na implementação de políticas referentes aos ambientes de trabalho; e colaborar no estabelecimento de normas, critérios e padrões para o controle das condições e ambientes trabalho (ARTUR, 2015). A partir da implementação da CIST, avançam, no Brasil, ações de intervenção ambiental, buscando a proteção da saúde dos trabalhadores (FRIAS JUNIOR, 1999). Até o momento atual, a CIST tem por objetivo assessorar a CNS quanto aos temas relativos à saúde do trabalhador e a sua composição está definida na Resolução CNS n.º 387, de 14 de junho de 2007.

Durante a década de 1990, também podemos citar outros eventos importantes no debate da saúde do trabalhador, tais como: a criação da Divisão de Proteção à Saúde do Trabalhador (DIPSAT) pela Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde; a realização do I Seminário Nacional de Saúde do Trabalhador, importante no processo de operacionalização da Lei 8.080;

a realização do I Seminário Nacional sobre o Acidentado do Trabalho, que trouxe avanços na questão de segurança dos trabalhadores e estabilidade para quem sofresse acidentes no exercício de suas funções (FRIAS JUNIOR, 1999). E à II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 1994, cujo tema principal foi “Construindo uma política de saúde do trabalhador” e abordou a necessidade de se construir uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador integrada ao SUS (BRASIL, 1994).

Para dar sequência às determinações da II CNST e com o objetivo de promover as ações de saúde do trabalhador em estados e municípios, foi aprovada, pela Portaria GM/MS n.º 3.908, de 30 de outubro de 1998, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS (NOST) (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017). Essa norma serviu como diretriz para que em todo o Brasil a atenção integral à saúde dos trabalhadores fosse dada com a qualidade pretendida (FRIAS JUNIOR, 1999). Atualmente, a NOST permanece apenas como carta de intenções e, além disso, segundo Vasconcellos & Aguiar (2017), quase nenhuma de suas determinações foram implementadas.

No mesmo período, foram modificadas, pelo Ministério do Trabalho, algumas das normas regulamentadoras, que estavam vigentes sem modificações desde a implementação pela Portaria n.º 3.214, de 1978 (FRIAS JUNIOR, 1999). Entre as alterações realizadas, destaca-se a reformulação da NR 07, que incrementou, em suas determinações, a obrigatoriedade das empresas adotarem um Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). Esse programa continua em vigência ainda hoje, sendo sua última atualização realizada pela Portaria n.º 6.734, de 2020, na qual permaneceu o objetivo do programa de promover e preservar a saúde do trabalhador, por meio de inúmeros procedimentos que devem ser adotados pelas empresas para prevenir e diagnosticar precocemente os agravos à saúde em decorrência do trabalho (BRASIL, 2020b). Como exemplo dos procedimentos adotados, estão os exames e avaliações médicas que devem ser realizados periodicamente nos trabalhadores (BRASIL, 2020b), correspondendo a uma importante ação de promoção da saúde. Isso porque as pessoas, ao receberem um aconselhamento médico, tendem a aumentar as tentativas de parar de fumar, procuram se alimentar de maneira mais saudável e passam a adotar a prática de atividade física (BANDINI, 2014).

No momento atual, as normas regulamentadoras são criadas e revisadas pela Secretaria Especial de Previdência e Trabalho a partir de uma Comissão Tripartite Paritária Permanente (CTPP) formada por representantes do governo, de empregadores e de empregados, os quais

atuam com o objetivo de garantir trabalho seguro e sadio, prevenindo que doenças e acidentes ocorram.

Dando sequência à trajetória da saúde do trabalhador no Brasil, atendendo à determinação contida na Lei n.º 8.080/90, junto à recomendação da Convenção n.º 121, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999, instituiu a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 2008). Até então, o Brasil se encontrava em um ranking inferior de reconhecimento de doenças do trabalho, quando comparado aos demais países do mundo (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018). Essa lista traz a relação entre agentes ou fatores de risco com as doenças ocupacionais (BRASIL, 2008). Além disso, esse documento identifica a distribuição de doenças do trabalho e auxilia o SUS quanto à implementação das ações de atenção e vigilância à saúde do trabalhador. Essa lista serve como referência aos médicos do trabalho e aos demais profissionais ligados ao campo de saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2008).

Mesmo após a inclusão do campo de Saúde do Trabalhador no âmbito de atuação do SUS, os ataques contra sua institucionalização continuaram por parte dos setores mais conservadores (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011). Além disso, foi necessário um programa para melhor organizar e institucionalizar as ações de promoção da saúde do trabalhador nos três níveis de gestão do SUS (SILVA; FERRAZ; RODRIGUES-JUNIOR, 2016).

Deste modo, na década de 2000, começa a ser estudada a proposta de criação de uma rede de saúde do trabalhador, a qual é oficialmente efetivada em 2002, como Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018), que serviu para reafirmar a saúde laboral como problema de saúde pública (SANTOS et al., 2019). É responsabilidade da Renast implementar ações assistenciais, de vigilância, de prevenção e de promoção da saúde do trabalhador, e deve estar integrada ao SUS por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs).

Contudo, ainda existem problemas de institucionalização da saúde do trabalhador no Brasil pela falta de participação dos trabalhadores (SANTOS et al., 2019). Em um estudo realizado sobre a atuação dos CERESTs, foi demonstrado que apenas 7% dos centros espalhados pelo país incluem os trabalhadores como participantes (AGUIAR, 2015).

Em 2009, com o objetivo de aperfeiçoar os sistemas de informação em saúde do trabalhador existentes, bem como subsidiar as tomadas de decisão do governo e dos órgãos competentes, foi criada a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) (GOMEZ;

VASCONCELLOS; MACHADO, 2018). A Visat atua na perspectiva interdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e intersetorial, superando os limites do campo da saúde e expandindo o perímetro de ação do SUS. Deste modo, possibilita que a realidade do trabalhador seja conhecida e também sejam identificados os fatores determinantes da saúde dos profissionais (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018), para que seja possível realizar intervenções sobre esses aspectos, na busca de promover condições saudáveis de vida e reduzir a morbimortalidade da população trabalhadora (BRASIL, 2013).

A Visat procura relacionar a saúde com o ambiente e os processos de trabalho, dando visibilidade às péssimas condições e relações da prática laboral (VASCONCELLOS, 2018), e trabalha no desenvolvimento de práticas sanitárias com a participação da classe trabalhadora em todas as etapas (VIANNA et al., 2017). Um estudo realizado no Rio de Janeiro aborda os avanços obtidos pela Visat ao longo dos anos, mas destaca haver ainda desafios a serem enfrentados, em especial, no estabelecimento da real participação do trabalhador no processo de saúde e trabalho (VIANNA et al., 2017).

A partir de 2011, temos, no Brasil, a consolidação de políticas de saúde do trabalhador. Esse projeto inicia-se com a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), instituída pelo Decreto n.º 7.602, de 07 de novembro de 2011, que busca promover a saúde e melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores e atua na prevenção de acidentes e doenças do trabalho, por meio da eliminação ou diminuição dos fatores de risco presentes no ambiente laboral (BRASIL, 2011). Cabe ressaltar que essa política está em conformidade com a Política Nacional de Promoção da Saúde (BANDINI, 2014).

No ano seguinte, é instituída, pela Portaria n.º 1.823, de 23 de agosto de 2012, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), criada com a intenção de fortalecer o campo de saúde do trabalhador na saúde pública, dada a marginalização dessa área no SUS (SILVA; FERRAZ; RODRIGUES-JUNIOR, 2016). A PNSTT tem como propósito instituir princípios, diretrizes e estratégias a serem observadas nas três esferas de gestão do SUS, para que sejam desenvolvidas ações de atenção integral à saúde do trabalhador, com foco na vigilância, propondo a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, bem como a redução da morbimortalidade pelos processos produtivos do trabalho (BRASIL, 2012). A PNSTT também tem um papel importante na orientação de ações de saúde do trabalhador e na produção científica do campo e contribuiu para o enfrentamento do distanciamento entre as produções realizadas na academia e a real necessidade da classe trabalhadora (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Também em 2012, foi criado o Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PLANSAT) com o objetivo de desenvolver ações para diminuir a quantidade de acidentes e mortes dos trabalhadores e para assistir os acidentados, por meio da aplicação prática da PNSST. Este plano foi construído por meio do diálogo e do apoio entre órgãos governamentais e representantes de trabalhadores e empregados. É por meio da PLANSAT que são definidas as competências de /alguns ministérios (BANDINI, 2014).

Deste modo, é responsabilidade do Ministério do Trabalho e Emprego transmitir informações que auxiliem na proteção e promoção da saúde do trabalhador. O Ministério do Trabalho, por sua vez, deve estruturar a atenção integral à saúde dos trabalhadores, promovendo ambientes e processos de trabalho saudáveis, incentivando a vigilância nessa conjuntura (BANDINI, 2014).

2.3. Promoção da saúde do trabalhador na indústria da construção civil

O termo indústria da construção civil consiste em um segmento industrial que engloba todo o processo de execução de obras, como residências, edifícios, pontes, estradas, serviços de pintura, hidráulica, eletricidade etc. (MELLO; AMORIM, 2009). Por apresentar uma vasta diversidade de serviços, essa indústria é dividida em subsetores: obras de construção civil, edificações, obras de construção pesada e montagem industrial (CYWINSKI; PELICIONI, 2019). Para este estudo, é importante entendermos as características de dois desses subsetores: o de obras da construção civil, que consiste nos empreendimentos residenciais; comerciais e de serviços públicos; cisternas; e reforma; e o de edificações, compreendendo as construções prediais; obras estruturais especializadas etc. (CYWINSKI; PELICIONI, 2019).

A construção civil emprega grande parte dos homens das camadas populares (COCKELL, 2010). No Brasil, em 2020, o número de trabalhadores na indústria da construção civil com carteira assinada foi de 2 milhões e 225 mil, segundo o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados; no Paraná, o setor gera, anualmente, 12.536 vagas de emprego (CAGED, 2020). Além disso, a categoria é considerada uma das ocupações profissionais mais perigosas, por ser líder em índices de acidentes de trabalho letais ou não letais (BRASIL, 2020c). Cabe ressaltar que, por conta das subnotificações e pela grande quantidade de trabalhadores não registrados, não se sabe, ao certo, a real quantidade de acidentes de trabalho ocorridos no campo da construção.

A construção civil apresenta uma grande quantidade de colaboradores sem um contrato formal, configurando uma das causas da precarização das relações de trabalho na indústria. A informalidade nas relações de trabalho consiste na perda de direitos sociais, trabalhistas e previdenciários dos colaboradores (CYWINSKI; PELICIONI, 2019). Trata-se de um problema social de grandes dimensões caracterizado, muitas vezes, por condições insalubres de trabalho, falta de proteção social etc. (SILVA; TEIXEIRA, 2016), tendo impactos diretos na saúde e na qualidade de vida da classe trabalhadora.

Outro fator que vem impactando o processo de emancipação dos trabalhadores são os Microempreendedores Individuais (MEI), modelo de trabalho criado para que os colaboradores autônomos fossem incluídos socialmente, garantindo uma cobertura previdenciária. Na prática, esse tipo de formalização passa a “legitimar” a precarização das relações de trabalho (SILVA; TEIXEIRA, 2016). Assim também ocorre na terceirização, utilizada para reduzir os custos com funcionários (ANTUNES; PRAUN, 2015). Um setor que já possui péssimas condições de trabalho, ambientes insalubres, atividades perigosas, negligenciamento dos riscos, poucas fiscalizações na área de segurança do trabalho e mão de obra desqualificada (GOMES, 2003), somado à precarização trazidas pelos trabalhadores informais, MEI e terceirizados, é propício a um contexto laboral ainda mais prejudicial à saúde e ao bem-estar dos colaboradores.

Os acidentes de trabalho são a principal causa de morte na construção civil (SILVA et al., 2016), ou representam um dos motivos de sequelas permanentes (NASCIMENTO; SALIM, 2018). Isso porque os ambientes de trabalho são perigosos, apresentando riscos de queda em altura, acidentes com máquinas e equipamentos, choque elétrico etc. (NASCIMENTO; SALIM, 2018). Um estudo realizado por Burkhart e colaboradores, na década de 1980, e rememorado por Cywinski & Pelicioni (2019) aponta que os trabalhadores também eram acometidos, principalmente, de sintomas musculoesqueléticos, inflamações na pele, intoxicação por chumbo e exposição a asbesto, advindas das doenças profissionais.

As altas taxas de doenças do trabalho, no presente, são resultantes de ambientes cada vez mais dinâmicos e complexos, onde há muita pressão por produtividade e alta rotatividade no emprego. Além disso, as enfermidades podem surgir pelo contato direto e indireto com agentes nocivos à saúde, como as radiações ionizantes, não ionizantes, fumos metálicos, gases, vapores e poeiras (SILVA FILHO et al., 2019).

Considerando a grande quantidade de acidentes na indústria da construção civil, esse cenário passa a ser visto com normalidade para os trabalhadores da área, que acabam banalizando os acidentes, pois fazem parte do dia a dia no trabalho (YE et al., 2020). Analisando

o quadro com maior profundidade, entendemos que os acidentes começam a se originar antes de sua ocorrência, devido às condições adversas de moradia desses colaboradores, marcadas por uma baixa qualidade ambiental e em situações de alto risco social (GOMES, 2003). Além disso, na maioria das vezes, os trabalhadores moram longe do trabalho, tendo que acordar de madrugada para se deslocar em transportes de pouca eficiência e baixa qualidade (GOMES, 2003).

Apesar de termos programas, normas regulamentadoras e políticas que asseguram a vida dos trabalhadores, as quais foram apresentadas nesta pesquisa, é fundamental o desenvolvimento de práticas de educação e de ações de promoção da saúde para os trabalhadores da construção civil, no intuito de se colaborar para a redução de acidentes de trabalho e melhorar a saúde dos trabalhadores (CYWINSKI; PELICIONI, 2019).

2.4. Representações sociais

Nesta pesquisa, utilizamos como suporte teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS), do psicólogo social Serge Moscovici (2015), de modo a alcançar os objetivos propostos no presente estudo.

Moscovici (2015) investigou como os indivíduos interpretam sua realidade por meio de interações sociais construídas ao longo da vida. Para ele, os pensamentos são organizados por meio das relações entre as representações individuais e pela cultura na qual os indivíduos estão inseridos (MOSCOVICI, 2015). Ou seja, ao mesmo tempo em que as representações são individuais, são também de natureza social, sendo então partilhadas entre os indivíduos.

Para entender o funcionamento das Representações Sociais (RS), Moscovici (2015) utilizou dois conceitos: ancoragem e objetivação. O primeiro corresponde ao processo de classificar e nomear algo novo, logo, não familiar. O segundo corresponde ao processo de materialização desses elementos que não eram conhecidos anteriormente. Sendo assim, aquilo que era estranho torna-se algo familiar em nosso repertório.

É necessário compreender que as representações sociais são construídas em determinado contexto histórico e cultural, podendo variar de acordo com o tempo e o espaço.

A representação social tem vínculo direto com o senso comum, pensamentos que circundam a sociedade. Assim, o estudo de Moscovici (2015) ajuda a compreender a construção e a validação dos discursos sociais circulantes sobre o que é ser saudável, neste caso, para um grupo de trabalhadores com pouco acesso a informações e empregados em um ambiente machista (CHALLOUTS; ELIAS; SILVA, 2019), onde os cuidados para com a saúde podem ser vistos como um tabu.

3. MÉTODOS

3.1. Delineamento do estudo

Trata-se de estudo de campo, de abordagem qualitativa, usando a técnica de entrevista semiestruturada. O estudo tem, ainda, caráter documental, apresentando como suporte as Normas Regulamentadoras relacionadas à higiene e à segurança na construção civil e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), e tendo como suporte teórico interpretativo a teoria das representações sociais (Moscovici, 2015). A abordagem metodológica e teórica declarada para sustentar o estudo foi a análise de conteúdo (BARDIN, 2016).

3.2. Instrumento

O método de investigação empregado para a coleta de dados foi o de entrevistas semiestruturadas, de modo a compreender a experiência dos trabalhadores no canteiro de obra e os aspectos relevantes sobre sua saúde e estilo de vida. Para isso, foi desenvolvido um roteiro de entrevista (CARDANO, 2017), constituído por perguntas abertas e fechadas, distribuídas em três temas principais: “características do ambiente de trabalho e atividade laboral”; “representações sobre saúde e qualidade de vida” e “promoção da saúde e saúde do trabalhador” (Apêndice A).

Buscando aperfeiçoar o guia da entrevista, foi realizada uma entrevista-piloto com um trabalhador da construção civil. Após análise desse material, uma nova pergunta foi acrescida ao roteiro inicial. As entrevistas levaram cerca de 90 minutos e foram conduzidas por uma aluna do Mestrado em Promoção da Saúde, da Universidade Cesumar, com formação em engenharia civil e engenharia de segurança do trabalho. Nenhuma das entrevistas precisou ser repetida.

3.3. Amostra

O estudo foi realizado com uma amostra de trabalhadores da construção civil, na região metropolitana de Maringá-PR. Como critério de inclusão, foram entrevistados homens – sexo predominante nessa área (AMARO; SILVA FILHO; SANTOS, 2016); com 18 anos de idade

ou mais e que trabalhassem há, pelo menos, um ano na construção civil, de modo a ter experiências significativas a serem compartilhadas na entrevista.

Foram entrevistados 14 trabalhadores, sendo sete de obras prediais e sete de obras residenciais. Os trabalhadores de obras prediais foram recrutados por meio de contato prévio com engenheiro responsável de uma construtora da cidade de Maringá, que disponibilizou o contato de doze de seus funcionários. Dentre eles, apenas sete aceitaram participar do estudo, e os demais alegaram que, com a rotina exaustiva de trabalho, não tinham tempo para fazer as entrevistas.

Os trabalhadores de obras residenciais foram selecionados por meio da estratégia de bola de neve *snowball*³ (BOCKORNI; GOMES, 2021), sendo, de início, selecionado um primeiro contato com as características da amostra a ser estudada e, posteriormente, os participantes passaram a ser indicados a partir da própria rede pessoal dos entrevistados. O número de trabalhadores captados pela estratégia de bola de neve foi dado pela saturação dos dados obtidos. A saturação teórica consiste em um critério comumente empregado em estudos qualitativos, utilizado quando não são encontrados novos dados relevantes e quando não se faz necessário o acréscimo de informações, não resultando em modificações quanto à compreensão do tema de estudo (NASCIMENTO et al., 2018).

3.4. Cenário

Os dados foram coletados entre julho e agosto de 2021. As entrevistas ocorreram via *WhatsApp*, aplicativo de mensagens móveis, que permite o envio de texto, imagem, vídeo e mensagens de voz (KUMAR; SHARMA, 2017). Para este estudo, buscamos trabalhar apenas com o recurso de mensagem de voz do *WhatsApp*.

Mesmo com poucas informações sobre pesquisa em saúde que utilizam este aplicativo (CHEN; NEO, 2019; FARDOUSI et al., 2019), essa via apresenta diversas vantagens, dentre elas, a que foi motivo para a escolha neste estudo: oferecer maior segurança sanitária aos participantes e pesquisadores, frente ao contexto pandêmico causado pela Covid-19 (SCHMIDT; PALAZZI; PICCININI, 2020). No entanto, traz como desvantagem a

³ A amostra em *snowball*, ou bola de neve, é uma técnica de amostragem que vem se destacando em pesquisas qualitativas, pois permite alcançar grupos de difícil acesso. Consiste em uma amostra não probabilística, dada através de redes de referência e indicações, onde primeiramente é recrutado um intermediário inicial, também intitulado de semente, que aponta possíveis participantes para integrarem a pesquisa. Cf. Bockorni; Gomes, 2021.

possibilidade ou não de respostas imediatas, de modo que os entrevistados poderiam formular e reformular suas respostas.

3.5. Análise de dados

Foram realizadas notas de campo no decorrer da entrevista a respeito das impressões e sentimentos gerados pela conversa, identificadas, por exemplo, pela entonação da voz dos entrevistados. Todas as entrevistas foram devidamente transcritas, respeitando os fatores linguísticos, paralinguísticos e extralinguísticos, de modo a tentar expressar o relato do entrevistado, demonstrando o cunho emocional das narrativas; fato que permitiu compreender as emoções dos participantes no momento da análise de dados (CARDANO, 2017).

Os dados foram analisados qualitativamente, seguindo o modelo de análise de conteúdo de Bardin (2016), com auxílio do software NVIVO, versão 12, utilizado como ferramenta auxiliar para a organização e sistematização das informações. O software contribuiu com o armazenamento das transcrições das entrevistas, seleção de fragmentos de texto importantes para a análise, criação de áreas temáticas e organização das narrativas, seguindo os códigos de matrizes previamente estabelecidos por análise comparativa, exploração de gráficos e realização da análise de *cluster*.

A interpretação dos dados seguiu as fases estabelecidas por Bardin (2016): pré-análise; exploração do material; análise dos resultados; interferência e interpretação. Na pré-análise, fizemos a seleção e a organização do material a ser trabalhado; embora intuitiva, consiste na sistematização das ideias utilizadas para fundamentar a interpretação dos dados finais. O conhecimento do material, nessa primeira etapa, foi feito por meio da leitura flutuante e a escolha documental seguiu as regras de exaustividade, homogeneidade e representatividade, de modo que nenhum documento deixou de ser analisado.

A exploração do material consistiu na exploração e identificação de categorias de análise, as quais foram, posteriormente, divididas em subcategorias (sistema de codificação). Na sequência, identificamos as unidades de registro, as quais foram codificadas a partir de temas. Ainda nessa etapa, foi realizada a identificação das unidades de contexto, codificando a unidade de registro, de modo a compreender sua significação exata. Em resumo, é nessa etapa que ocorre o processo de codificação, classificação e categorização do material.

A última etapa refere-se ao tratamento e à interpretação dos resultados (BARDIN, 2016).

3.6. Aspectos éticos

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário de Maringá (UniCesumar) sob o parecer número 4.707.006/2021 e seguiu as normativas internacionais e nacionais de ética na pesquisa envolvendo seres humanos.

4. RESULTADOS

Os resultados obtidos serão discutidos nos artigos 1 e 2, apresentados a seguir.

4.1. Artigo 01

SAÚDE E CONDIÇÕES DE TRABALHO NA CONSTRUÇÃO CIVIL: UM ESTUDO DE CASO

Resumo: A construção civil é uma das maiores e mais perigosas indústrias de todo o mundo. Os trabalhadores da área encontram-se expostos a diferentes riscos ocupacionais. Neste artigo, analisam-se as condições de trabalho formal e informal de operários da construção civil da região de Maringá, Paraná. Complementarmente, propõe-se verificar se são adotadas práticas de promoção da saúde com os trabalhadores. Tratou-se de estudo de campo, de abordagem qualitativa, realizada por meio da técnica de entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados seguindo a análise de conteúdo de Bardin (2016). A amostra envolveu 14 trabalhadores da construção civil. Dentre os entrevistados, sete eram trabalhadores com registro e sete eram informais. De acordo com os resultados, há relação entre a percepção do ambiente laboral e o tipo de vínculo trabalhista, formal ou informal; os trabalhadores com vínculo formal se sentem felizes com a atividade desempenhada; o estresse e a sensação de sobrecarga de atividades são mais comuns entre os trabalhadores informais. Observou-se ausência de ações que promovam saúde com trabalhadores informais, ocasionando maior exposição a acidentes e doenças. Sendo assim, é fundamental articular ações governamentais atentas às estratégias promotoras de saúde do trabalhador, com enfoque na educação em saúde e nos treinamentos de segurança.

Palavras-chave: Saúde Ocupacional. Promoção da Saúde. Segurança do trabalhador.

HEALTH AND WORK CONDITIONS IN THE CONSTRUCTION

INDUSTRY: A CASE STUDY

Abstract: The construction industry is one of the largest and most dangerous industries in the world. Workers in the field are exposed to several different occupational risks. In this article, we evaluate the conditions of formally and informally hired construction workers in the region of Maringá, Paraná. Furthermore, we attempt to verify whether health promotion practices are adopted with the workers. This was a qualitative field study, carried out using semistructured interviews. The sample included 14 construction workers. Seven interviewees had formal job contracts while seven worked informally. According to our results, there is a connection between the perception of the work environment and the type of work contract, formal or informal; formal workers feel happy with their jobs; informal workers are more likely to be stressed and to feel overburdened. There was a lack of actions to promote health with informal workers, and, consequently, higher exposure to accidents and disease. Therefore, it is paramount to articulate government actions considering strategies to promote worker's health, focusing on health education and safety training.

Keywords: Construction Industry. Health Promotion. Work Safety.

CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO EN LA CONSTRUCCIÓN CIVIL: UN ESTUDIO DE CASO

Resumen: la construcción civil es una de las industrias más grandes y peligrosas del mundo. Los trabajadores del área están expuestos a diferentes riesgos ocupacionales. En este artículo se analizan las condiciones de trabajo formales e informales de los trabajadores de la construcción civil en la región de Maringá, Paraná. Además, se propone verificar si se adoptan prácticas de promoción de la salud con los trabajadores. Fue un estudio de campo, con enfoque cualitativo, realizado mediante la técnica de la entrevista semiestructurada. La muestra involucró a 14 trabajadores de la construcción. Entre los entrevistados, siete eran trabajadores registrados y siete eran informales. Existe una relación entre la percepción del ambiente laboral y el tipo de relación laboral, formal o informal; que los trabajadores con vínculo formal se sientan felices con la actividad realizada; el estrés y la sensación de estar sobrecargado de actividades son más comunes entre los trabajadores informales. Hubo ausencia de acciones que promuevan la salud con trabajadores informales y, consecuentemente, mayor exposición a accidentes y enfermedades. Por lo tanto, es fundamental articular acciones gubernamentales atentas a las estrategias de promoción de la salud de los trabajadores, con foco en la educación en salud y en los entrenamientos de seguridad.

Palabras clave: Construcción civil. Promoción de la Salud. Seguridad en el trabajo.

1. INTRODUÇÃO

A construção civil é considerada uma das maiores e mais perigosas indústrias de todo o mundo (Jazari *et al.*, 2018). Nesse setor, os trabalhadores encontram-se expostos a inúmeros riscos que podem resultar em acidentes, os quais geram sofrimento, reduzem a capacidade de trabalho, diminuem a qualidade de vida e, em alguns casos, levam à morte (Izudi; Ninsiima; Alege, 2017).

Para Momoli, Trindade e Rodrigues-Junior (2021, p. 798), o setor da construção civil “[...] representa um dos cenários laborais mais precários no Brasil quanto às formas de contratação, condições de trabalho e fiscalização”, razão pela qual apresenta os maiores índices de morbimortalidade do país, chamando a atenção tanto pela frequência, quanto pela gravidade das lesões e alto percentual de mortalidade.

O reconhecimento dos riscos que o trabalho na construção civil oferece aos atuantes nesta área levou à elaboração de uma Norma Regulamentadora específica para o setor (NR-18) e à criação de um cadastro nacional de dados. Todavia, a alta rotatividade do setor, a informalidade dos contratos de trabalho e a subnumeração nos registros ocupacionais dificultam a identificação dessa população, bem como a tomada de posições mais assertivas para diminuir os problemas (Santana; Oliveira, 2004).

No Brasil, entre 2012 e 2018, foram notificados 4,4 milhões de acidentes de trabalho, sendo 97 mil na área da construção civil (Brasil, 2020b). Apesar disso, ainda é comum que os gestores da construção civil vejam os investimentos com segurança e promoção da saúde como um prejuízo (Izudi; Ninsiima; Alege, 2017).

Vários estudos já foram realizados em busca de enfatizar a importância de resguardar a saúde dos trabalhadores (Gomes; Arezes; Vasconcellos, 2016; Grill; Nielsen, 2019; Ye *et al.*, 2020). Dentre eles, cabe ressaltar as contribuições de Gomes, Arezes e Vasconcellos (2016), pois os autores apontaram a importância de um olhar apurado sobre a saúde dos trabalhadores

da área da construção civil, em especial, em relação àqueles que atuam em obras de pequeno porte e vivem situações de segurança mais vulneráveis. O estudo desses autores mencionados merece destaque, porque aborda as condições de canteiros menores, sendo que, em termos de vigilância, as obras maiores são as mais fiscalizadas, por isso são “obrigadas” a cumprirem as normativas de segurança, enquanto as obras menores acabam esquecidas.

Segundo um estudo de coorte, iniciado em 2000¹, no Brasil, há uma tendência a se responsabilizar os trabalhadores da área da construção civil pelos acidentes que os vitimam (Santana; Oliveira, 2004). Exemplifica essa situação um estudo de caso realizado por meio de observação in loco e entrevistas estruturadas por Ferreira Filho, Ramos e Castro (2020) em uma cidade no Estado do Pará, buscando entender as causas de frequentes acidentes de trabalho ocorridos em uma construtora que presta serviços de construção de redes de energia elétrica em zona rural. Embora o estudo tenha trazido contribuições importantes, os resultados problematizaram somente o comportamento dos trabalhadores, deixando de apresentar e discutir as condições reais de trabalho oferecidas pela empresa e que seriam importantes para uma compreensão mais ampla da situação.

De acordo com outro estudo, que em busca de entender os fatores pessoais e ocupacionais associados à mortalidade no trabalho, analisou 967 relatórios de pós-morte de trabalhadores que perderam a vida no exercício do trabalho no Irã, seus resultados apontaram que as principais causas dos erros humanos que levaram a morte estão ligadas à complexidade da atividade, ao estresse, às condições inadequadas do ambiente de trabalho, à fadiga e à falta de treinamento e experiência na área (Khodabandeh; Kabir-Mokamelkhah; Kahani, 2016).

Em uma pesquisa mais recente, que buscou explorar os processos sociocognitivos de trabalhadores da construção civil sob a interação de seus chefes e colegas de trabalho, visto que tratava-se de uma temática pouco abordada nas literaturas anteriores, foi constatado que o comportamento de gerentes, chefes e mesmo colegas de trabalho têm influência na redução de

acidentes, seja por meio de seus comportamentos, seja pelos feedbacks positivos ou negativos, os quais levam os trabalhadores a refletirem com mais cuidado sobre suas ações (Ye *et al.*, 2020).

Consideramos, portanto, de extrema relevância apresentar considerações sobre a percepção dos trabalhadores da construção civil acerca de seu ambiente laboral. É importante o conhecimento dos trabalhadores das normas regulamentadoras do trabalho pois, tais normas consistem em elementos capazes de prever o adoecimento e os acidentes em decorrência da atividade laboral e também promover saúde, visto que trabalhadores que tenham conhecimento sobre os riscos do trabalho passam a ter comportamentos mais seguros e também sofrem menos estresse em decorrência de seu ofício. As normativas e descobertas científicas acerca de saúde do trabalhador devem ser divulgadas aos mesmos, para que a classe operária se posicione como protagonista na luta por melhores condições laborais (Oddone *et al.*, 2020).

Neste artigo, buscamos, a partir das narrativas de um grupo de trabalhadores da construção civil, analisar como eles percebem o seu ambiente laboral. Além disso, temos como intuito perceber as diferenças entre o trabalho em um canteiro de obras de grande porte e nos pequenos canteiros, os quais são provenientes de obras menores, como por exemplo construções ou reformas residenciais; apresentar suas ponderações sobre os vínculos trabalhistas formais e informais; e verificar se são realizadas práticas de educação e promoção da saúde no ambiente em que os entrevistados atuam.

2. MÉTODOS

2.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de estudo de campo, de abordagem qualitativa, realizado por meio da técnica de entrevista semiestruturada. O estudo também possui caráter teórico documental, tendo como suporte as Normas Regulamentadoras (NR) relacionadas à higiene e segurança no trabalho e à Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2020a), e tendo como suporte teórico interpretativo a teoria das representações sociais (Moscovici, 2003). Para a compreensão dos dados, realizou-se a análise de conteúdo (Bardin, 2016).

2.2. INSTRUMENTO

O método de investigação empregado para a recolha de dados foi o de entrevistas semiestruturadas. Desenvolvemos um roteiro de entrevista, com 35 perguntas distribuídas em objetivas e também discursivas (Cardano, 2017), envolvendo distintos aspectos das representações de saúde e condições de trabalho. Neste trabalho, apresenta-se um recorte para discussão específica das características do ambiente de trabalho e a atividade laboral em interface com a promoção da saúde do trabalhador.

As entrevistas tiveram duração entre 60 a 90 minutos, aproximadamente, e foram conduzidas por uma aluna do curso de Mestrado em Promoção da Saúde, da Universidade Cesumar, com formação em engenharia civil e engenharia de higiene e segurança do trabalho. Nenhuma das entrevistas precisou ser repetida. Todos os entrevistados receberam nomes fictícios.

2.3. AMOSTRA

O estudo foi realizado com uma amostra de trabalhadores da construção civil, na região metropolitana de Maringá-PR. O critério de inclusão estabeleceu os seguintes aspectos: os

entrevistados seriam homens, sexo predominante nessa área (Amaro; Silva Filho; Santos, 2016); deveriam ter 18 anos ou mais de idade e precisariam atuar há um ano ou mais na construção civil, de modo a ter experiências significativas de trabalho na área.

Foram entrevistados 14 trabalhadores, sendo sete de obras prediais e sete de obras residenciais. Os primeiros foram recrutados por meio do contato prévio com o engenheiro responsável de uma construtora da cidade de Maringá, e os demais foram selecionados por meio da estratégia de bola de neve *'snowball'*² (Costa, 2018), sendo escolhido, inicialmente, um contato que se enquadrasse nos critérios de inclusão do presente estudo e pudesse indicar outros possíveis participantes, a partir de sua rede pessoal de contato. O número de trabalhadores captados pela estratégia de bola de neve foi dado pela saturação dos dados obtidos, ou seja, a coleta encerrou quando não se faziam mais necessárias novas informações para a compreensão do tema de estudo (Nascimento *et al.*, 2018).

2.4. CENÁRIO

Os dados foram coletados entre julho e agosto de 2021. As entrevistas foram individuais e ocorreram via *WhatsApp*, aplicativo gratuito de mensagens móveis, que permite o envio de texto, imagem, vídeo e mensagens de voz de maneira instantânea (Kumar; Sharma, 2017). Para este estudo, procuramos trabalhar apenas com o recurso de mensagens de voz do *WhatsApp*.

A escolha em utilizar o aplicativo se deu frente ao contexto pandêmico da Covid-19, em que o distanciamento físico foi uma das medidas de segurança sanitária para impedir a propagação do vírus. Desse modo, para dar maior segurança aos participantes e pesquisadores, optamos por fazer entrevistas remotas (Schmidt; Palazzi; Piccinini, 2020). O fato dos entrevistados terem tempo para formular respostas pode ser considerado uma desvantagem, uma vez que no diálogo face a face os participantes tendem a ter reações mais espontâneas e,

além disso, existe a possibilidade de se analisar a interpretação corporal e as emoções dos entrevistados.

2.5. ANÁLISE DE DADOS

As entrevistas foram transcritas na íntegra. Os dados foram analisados qualitativamente, seguindo o modelo de análise de conteúdo de Bardin (2016), com auxílio do software NVIVO, versão 12, utilizado para a organização e sistematização das informações. O software permitiu o armazenamento das transcrições das entrevistas, seleção de fragmentos de texto significativos para a análise, produção de áreas temáticas e organização das falas, seguindo os códigos de matrizes previamente estabelecidos por análise comparativa, construção de gráficos e elaboração da análise de *cluster*.

A interpretação dos dados seguiu as fases estabelecidas por Bardin (2016): pré-análise; exploração do material; análise dos resultados; interferência; e interpretação.

2.6. ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário de Maringá (Unicesumar), sob o parecer número 4.707.006 /2021 e respeitou as normativas internacionais e nacionais de ética na pesquisa envolvendo seres humanos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Participaram deste estudo um total de 14 trabalhadores, sete trabalhadores com vínculo formal de trabalho e sete informais. A idade dos entrevistados variou entre 22 a 55 anos. Cabe ressaltar que a média etária dos trabalhadores informais (34,13) era menor do que a dos trabalhadores formais (44,57), fato que confirma o estudo de Corseuil, Franca e Poloponsky (2020), o qual evidenciou que em países em desenvolvimento a taxa de informalidade é ocupada por jovens trabalhadores.

Dentre os entrevistados, cinco eram pintores, três mestres de obras, três serventes de pedreiro, dois pedreiros e um armador³. Oito entrevistados trabalhavam na área há mais de dez anos. Quanto à cor da pele, oito se autodeclararam morenos, um negro, quatro brancos e um pardo. Nove entrevistados não haviam concluído o ensino fundamental, sendo que um deles não dominava a leitura e a escrita.

O perfil sociodemográfico dos participantes corrobora com uma das características comuns de trabalhadores da construção civil, a baixa escolaridade. Trata-se de um setor que não faz grandes exigências quanto ao grau de instrução. Esse fato potencializa a vulnerabilidade dos trabalhadores (Jasani *et al.*, 2017).

As categorias para análise foram pensadas a priori e foram definidas de a partir da revisão de literatura, sendo assim já compunham o roteiro de entrevistas. Utilizou-se da revisão de literatura para a elaboração das categorias, sendo:

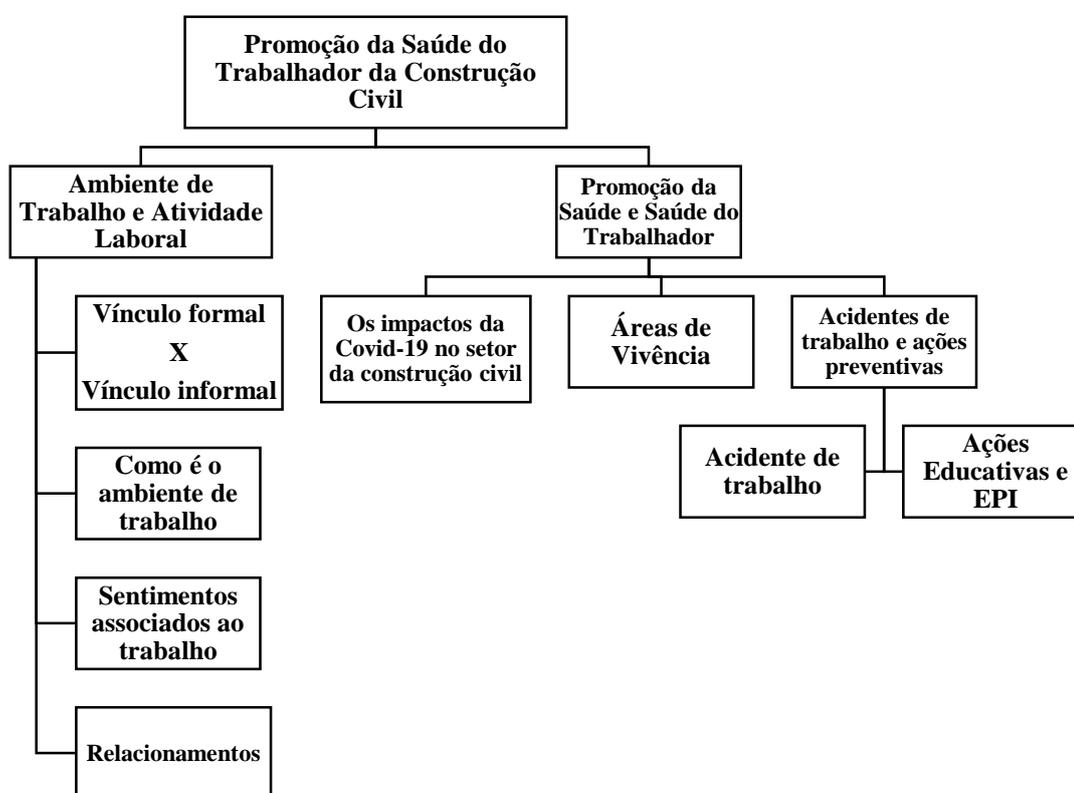
1. ambiente de trabalho/atividade laboral;
2. representações sobre saúde e estilo de vida;
3. promoção da saúde/saúde do trabalhador.

Nesta investigação, discutiremos o ambiente de trabalho/atividade laboral e a promoção da saúde/saúde do trabalhador. A categoria de promoção da saúde/saúde do trabalhador foi subdividida em outras três subcategorias emergentes nos discursos: impactos da Covid-19 no setor da construção civil; áreas de vivência; e acidentes de trabalho e ações preventivas. Essa

última foi subdividida em outras duas subcategorias: acidente de trabalho e ações educativas e EPI.

A figura 1 apresenta o mapa conceitual com as temáticas a serem discutidas neste artigo. Os mapas conceituais consistem em diagramas que indicam as relações hierárquicas entre conceitos (Ruiz-Moreno *et al.*, 2007), neste caso apresenta as categorias e subcategorias de interesse do estudo.

Figura 1 – Mapa conceitual



Fonte: Elaborado pela autora

3.2. AMBIENTE DE TRABALHO E ATIVIDADE LABORAL

3.2.1. Trabalho formal x trabalho informal

A Norma Regulamentadora, NR-18 (Brasil, 2020a), é responsável por estabelecer as diretrizes para um ambiente de trabalho seguro e saudável no setor da construção civil. Contudo, mesmo exigindo que todos os canteiros de obras, independentemente do tamanho, cumpram suas determinações, essa norma só é seguida com afinco por empresas de grande porte, as quais além de possuir canteiros maiores e melhor organizados, têm também vínculos de trabalho formais regidos pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT)⁴ (Gomes; Arezes; Vasconcellos, 2016). Já em obras menores, compostas por pequenos canteiros como, por exemplo, as que envolvam construção ou reforma de casas, pinturas internas e de fachadas, ou obras públicas de menor porte, entre outras relativamente rápidas, é comum a ocorrência de vínculos informais de trabalho, não cumprindo a referida normativa. Tal posição torna esses ambientes mais suscetíveis à ocorrência de acidentes e doenças do trabalho, já que há um menor cuidado em resguardar a saúde e segurança dos trabalhadores (Gomes; Arezes; Vasconcellos, 2016). Ademais, é comum nas fiscalizações os órgãos competentes se preocuparem, majoritariamente, com grandes obras, comprometendo a visibilidade de canteiros menores que descumprem as normas do Ministério do Trabalho.

Outro agravante é o descumprimento da CLT, que legisla, por exemplo, sobre o registro do trabalhador. A análise empírica mostrou que dentre os entrevistados, sete eram trabalhadores registrados e sete eram informais e, como esperado, todos aqueles com registro formal trabalhavam em obras de grande porte (obra predial); e os informais em obras de pequeno porte (obra residencial), confirmando estudos de Gomes, Arezes e Vasconcellos (2016).

O trabalho formal garante benefícios de seguridade social, como, por exemplo, aposentadoria remunerada; medidas de proteção à saúde, tais como exame admissional, periódicos e treinamentos de segurança; auxílio em caso de acidentes ou doenças comprovadamente decorrentes da atividade laboral. O trabalho informal, por sua vez, valida a exploração do trabalho e valoriza o suposto empreendedorismo, quando, na verdade, o que

ocorre é o aumento da exploração, a perda de direitos e de proteção social (Antunes; Praun, 2015; Lara; Hillesheim, 2021; Souza, 2021).

Apesar de a metade dos entrevistados atuarem na informalidade, eles identificam as vantagens do registro, entendendo-o como sinônimo de segurança. Exemplifica o depoimento a seguir, feito por um funcionário registrado, mas que realiza trabalhos na informalidade para complementar a renda:

Se você tem o registro pode acontecer de você machucar e você ter o seguro [...], sem registro é ruim de trabalhar, porque não tem o INSS. No trabalho informal, você ganha muito mais do que se fosse para trabalhar registrado, mas eu prefiro trabalhar registrado. Tem um pouco mais de segurança. (Felipe)

Esse mesmo questionamento foi feito para Adriano, que há pouco tempo perdeu o emprego em uma construtora onde era registrado e passou a trabalhar sem registro formal. Ele também considera importante os benefícios assegurados pelo Sindicato dos Trabalhadores na Indústria da Construção e do Mobiliário (SINTRACOM), a exemplo de convênios médicos e ações educativas sobre saúde e segurança. Ademais, a carteira de trabalho, além de assegurar os direitos dos trabalhadores, é também um elemento importante em um país que, como o Brasil, registra altos índices de acidentes de trabalho (Brasil, 2020b).

3.2.2. O ambiente de trabalho

O ambiente de trabalho é o conjunto de todas as condições de vida no espaço laboral, incluindo condições de descanso (Oddone *et al.*, 2020). O ambiente tem efeito sobre o bem-

estar físico e psíquico dos trabalhadores. É de extrema importância um estudo que analise os fatores de risco do local, bem como a visão que os trabalhadores têm dele (Oddone *et al.*, 2020). Nesse contexto, as entrevistas tiveram início entendendo como o ambiente de trabalho é percebido pelos entrevistados.

Apesar de o ambiente de trabalho da construção civil apresentar inúmeros riscos, os trabalhadores, muitas vezes, não os enxergam ou os banalizam. Ao questionamento: “como é o seu ambiente de trabalho?”, treze o definiram como “sossegado”, “sem perigo de nada”, “limpo”, “organizado” e “seguro”. Apenas um apontou os perigos.

É possível que o fato de os entrevistados entenderem que a entrevista se tratava sobre segurança do trabalho possa ter influenciado suas respostas, visto ser comum aos canteiros não atenderem a essa prerrogativa (Vidal, 2021). De todo modo, observamos que os trabalhadores correlacionavam as palavras “limpeza/organização” com “segurança”.

De fato, esses são fatores importantes para saúde e segurança dos trabalhadores, porque, além de prevenir acidentes, como quedas por tropeços em algum objeto, também evita adoecimentos, causados, por exemplo, pela diminuição da taxa de aspiração de poeira e, em casos de necessidade de primeiros socorros, o procedimento pode ser realizado de forma rápida, se as vias de acesso estiverem devidamente desimpedidas (NR-18).

3.2.3. Sentimentos associados ao trabalho

Os sentimentos associados ao trabalho também variaram de acordo com o vínculo (formal ou informal), por isso, alguns dos resultados foram apresentados de maneira separada, para contribuir com a percepção das diferenças encontradas entre os trabalhadores com registro de trabalho e os informais.

Os entrevistados foram questionados sobre “como você se sente no ambiente de trabalho?” (Quadro 1). Em geral, todos apontaram se sentirem bem, mostrando que gostam e se sentem felizes de trabalhar na construção civil.

Como esperado, as falas dos trabalhadores informais trouxeram informações não apresentadas no discurso dos trabalhadores formais. Para iniciar essa discussão, é necessário compreender que os contratos informais na construção civil se dão, comumente, por empreitada, quando um trabalhador de ofício estabelece um contrato com a construtora, com um prazo e preço fixo pré-estabelecido (Costa, 2011). O empreiteiro é o profissional responsável por estabelecer o contrato com a construtora e, geralmente, possui uma equipe para a execução dos serviços acordados, tornando-se responsável por resguardar a saúde e a segurança de seus funcionários (Costa, 2011). Neste, estudo quatro dos trabalhadores informais eram empreiteiros.

Quadro 1 - Resultados do tema relativo aos sentimentos associados ao ambiente de trabalho com trechos das entrevistas

Sentimentos associados ao ambiente de trabalho

Trabalhadores formais

Bem, eu gosto do que eu faço. (Célio)

Trabalhadores informais

Eu me sinto bem, porque é uma coisa que eu gosto de fazer.

Não era, antigamente, mas com o passar do tempo, você se obriga a gostar, porque a gente já tá nisso há muitos anos.

Então, você sabe que de agora pra frente é isso, então você acaba gostando, já que é pra ser, então que seja da melhor forma possível. [...] a gente tenta fazer o melhor e gostar, porque se você não gostar, você não faz bem feito. (Mário - empreiteiro)

Ah, sim com certeza. É o que eu gosto de fazer.
(João)

Depende do dia, às vezes fico inquieto, preocupado com a obra. Acaba se tornando assim um dia meio ruim, mas quando a obra tá no andamento certinho, fico feliz... Então, depende muito do dia, da ocasião. (Lucas - empreiteiro)

Feliz! Sempre no meu serviço, eu gosto de ser feliz. (Eduardo)

Eu me sinto bem, desde quando eu concludo certinho. Às vezes, dá aquela ansiedade, porque se eu pego alguma obra, a gente tem o compromisso e a responsabilidade, às vezes tem prazo pra entregar e concluir. Então, tem obra meio grande que eu fico meio ansioso, mas geralmente, graças a Deus, tô concluindo bem os meus trabalhos e me sinto bem, porque eu gosto. Na pintura eu me sinto bem, eu me identifico. Vixe, eu gosto, gosto mesmo do que eu faço.
(Fabiano - empreiteiro)

Fonte: Elaborado pela autora.

Ainda nesse contexto, ressaltamos que o empreiteiro é o encarregado pelo andamento do serviço, tal fato pode causar muitas preocupações a esse trabalhador, como demonstrado na Quadro 1. Sendo assim, os empreiteiros se encontram em posição de liderança e maior responsabilidade. Apesar deles serem qualificados para a atividade que desempenham, como mestre de obras, pintor, eletricista etc., muitos não recebem ao longo da vida profissional ensinamentos de como liderar uma equipe, administrar obras, cuidar da segurança e saúde dos funcionários. Esse fator promove altos níveis de estresse e sobrecarga de trabalho (Quadro 2).

Quadro 2 - Resultados do tema relativo aos sentimentos associados ao estresse e sobrecarga no trabalho com trechos das entrevistas

Estresse e sobrecarga no trabalho	
Trabalhadores formais	Trabalhadores informais

<p>Como todo trabalho, tem dias que acontece sabe de ficar, não nervoso, às vezes com atraso, alguma coisa que você vai fazer e não dá certo, porque obra é muito imprevisível. (Felipe)</p>	<p>Isso só aconteceu uma vez quando eu tava terminando um serviço e tinha que começar outro e o cliente não tava querendo esperar naquele prazo que tinha combinado. Então, eu me senti sobrecarregado, fiquei com a cabeça cheia, pensativo. Uma coisa que me estressa é quando mal começou [...] e a pessoa já quer acabar, isso estressa muito e interfere na qualidade do serviço. (Mário - empreiteiro)</p>
<p>Não me sinto estressado e não me sinto sobrecarregado, porque gosto sempre de estar me movimentando. (Cido)</p>	<p>Sim, mas não em relação ao desenvolvimento do meu trabalho e sim, às vezes, no prazo. Quando o trabalho tem prazo é complicado, a gente trabalha meio que sob pressão. (Fabiano - empreiteiro)</p>
<p>Eu nunca senti estresse no serviço, eu sou sossegado, do jeito que vem o dia eu levo. Não sinto estresse em serviço não. (Caio)</p>	<p>Sempre que eu tô tocando muita obra me dá uma pressão na cabeça, às vezes [devido] ao patrão[1], às vezes do funcionário que não aparece para trabalhar e o engenheiro não entende e quer o serviço andando e a gente não consegue. Aí dá uma sobrecarregada. (Felício - empreiteiro)</p>
<p>Eu não tenho muito esse negócio de stress, graças a Deus. (Tiago)</p>	<p>Sim, sim, sim, me sinto muito sobrecarregado, mas a gente precisa trabalhar. Fico sobrecarregado por trabalhar em muitas obras ao mesmo tempo e quando o patrão não tá eu que tenho que resolver os problemas das obras. Resolvo um problema aqui, um problema ali, então vai sobrecarregando. Como a gente não consegue resolver tudo de uma vez, dá uma certa pressão, sobrecarregamento. (Antônio)</p>

Verificamos que níveis de estresse e sobrecarga são menos identificados nas falas dos trabalhadores formais, os quais, apesar de poderem se sentir estressados em algum momento, atribuem isso às características da atividade. Pressupõe-se que por conta dos trabalhadores registrados não terem responsabilidade direta com a entrega da obra, como é o caso dos empreiteiros, eles acabam se sentindo menos sobrecarregados, mantendo o foco somente no exercício de sua atividade. Isso pode ser identificado quando os entrevistados foram questionados se possuíam metas e prazos. O prazo é um elemento que aparece muito nas falas. Três trabalhadores formais sequer reconheciam possuir prazo para entregar suas atividades, como Tiago: “bom, isso não é uma imposição que eles estabeleceram visivelmente”. De outro modo, para os trabalhadores informais, em especial os empreiteiros, as metas são fatores estressantes, pois somente com os prazos em dia o pagamento é feito:

Sim, eu tenho que cumprir metas e prazos, porque no fechamento de quinzena, o cliente ou engenheiro só libera dinheiro se tiver no prazo, se tiver produzindo a obra conforme o combinado. Quando tudo está dentro do prazo eu me sinto bem, quando não tá, eu coloco a mão na massa para cumprir aquela meta. (Lucas)

Dentre os trabalhadores que disseram ter metas e prazos a cumprir, três informaram se sentir bem com estas imposições; os demais entrevistados apontaram se sentir obrigados a cumprir a meta e nervosos com os prazos, como Célio: “isso me estressa muito, porque um serviço com qualidade não tem como correr e nem meta. Eu fico nervoso e não consigo fazer com amor”. Percebe-se que o trabalhador informal se sente mais vulnerável em relação à sua permanência no trabalho. Por isso, há maior preocupação e stress ao cumprir suas atividades.

Os entrevistados foram questionados se já sentiram medo ao desempenhar atividades arriscadas no trabalho. Seis responderam afirmativamente, sendo todos na informalidade. O medo estava relacionado a trabalhos em altura, os quais constituem a causa mais frequente de lesões fatais na construção civil (Khodabandeh; Kabir-Mokamelkhah; Kahani, 2016).

Já os trabalhadores formais afirmaram que a palavra “medo” não se encontra no seu vocabulário. Isso se deve, possivelmente, por seguirem normas de segurança e utilizarem os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), fato que os deixa mais seguros na hora da realização de seu trabalho, como apontou Pedro: “Eu nunca tive receio no trabalho, porque sempre quando vai fazer parte de altura assim a gente usa o cinto com trava queda, então para mim é normal”.

3.2.4. Relacionamentos

O relacionamento com os colegas de trabalho foi apontado como fator muito importante para os trabalhadores, pois a boa relação construída no canteiro de obras é o que traz felicidade no dia a dia desses homens, como é possível verificar no trecho a seguir:

Isso que me consola, graças a Deus eu tenho uma boa relação com meus colegas, me alegro muito ali com o pessoal, eu gosto de muita gente ali dentro. Esse é o lado bom de trabalhar nessa empresa, esse é o lado legal, que me faz sentir bem (Tiago).

Os entrevistados consideram seus colegas como uma família, destacando que, caso haja algum desentendimento, o carinho e a cumplicidade prevalecem.

Quanto o relacionamento dos trabalhadores com seu salário, identificamos que, de modo geral, todos acham ter boa remuneração. Contudo, esse “contentamento” se dá porque eles entendem que o salário recebido é pré-definido para seu tipo de atividade, logo, não teriam como mudar esse cenário. É o que demonstra a fala de Caio: “a gente ganha pouco, mas a gente tem que suportar, porque é o valor que o sindicato paga, então a gente tem que tolerar. Pra mim tá bom, graças a Deus, tá ótimo meu salário”. De todo modo, quatro não esconderam sua vontade de ganhar mais, como foi o caso de Tiago, que busca ter melhores oportunidades por meio do estudo:

Eu tenho recebido um salário que tem me ajudado, mas eu gostaria de ter um salário melhor e isso depende de mim. Eu tenho que terminar meus estudos, tenho que fazer um curso, dois, três se for preciso, e eu vou fazer isso, eu desejo fazer isso. Se ninguém me reconhecer eu tenho que me reconhecer, então, eu tenho que me empenhar para que eu chegue ao objetivo que eu quero (Tiago).

Outro fator que traz certa satisfação aos trabalhadores em relação ao salário é porque, atualmente, estamos vivendo, no Brasil, uma alarmante crise de desemprego (Costa, 2020). Assim, aqueles que estão na ativa acabam se contentando com o pouco recebido, conforme diz Paulo: “pra mim, por enquanto, tá ótimo, pra quem não tava ganhando nada há alguns dias atrás e pra quem tá começando agora a trabalhar de novo, tô bem satisfeito”. Devemos levar em consideração o fato de Paulo ser casado, o que aumenta a sua necessidade imediata de trabalho.

3.3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E SAÚDE DO TRABALHADOR

3.3.1. Os impactos da Covid-19 no setor da construção civil

A Covid-19, doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, foi identificada pela primeira vez na China, em dezembro de 2019 (Zhu *et al.*, 2020), e constitui um dos maiores desafios sanitários em escala global deste século (Werneck; Carvalho, 2020). A construção civil foi um dos setores mais afetados, porque, exceto interrupções pontuais, o setor quase não parou, apenas recebeu ressalvas quanto às atividades (Souza, Rossete, 2021). Durante as entrevistas, mesmo não sendo questionados se contraíram ou não o vírus, seis entrevistados afirmaram ter positivado para Covid-19, dentre eles, quatro eram trabalhadores informais.

É importante observarmos que no cenário da pandemia de Covid-19, a saúde dos trabalhadores informais esteve ainda mais comprometida (Barroso *et al.*, 2021). Isso se deu por conta do aumento de atividades laborais realizadas de forma precária e com suspensão das medidas de saúde e segurança dos trabalhadores (Lara; Hillesheim, 2021). Pressupomos que muitos nem sequer receberam instruções sobre o Coronavírus, ficando a cargo desses trabalhadores se informar sobre como se proteger e arcar com os custos dos EPIs (Barroso *et al.*, 2021).

Mesmo que tenha afetado mais os trabalhadores informais, a pandemia comprometeu toda a classe trabalhadora, seja por conta da exposição ao vírus, seja pelos impactos psicológicos e sociais, causados, por exemplo, pelo medo da infecção e de contaminação dos familiares (Conselho Federal de Enfermagem, 2020).

O ambiente de trabalho da construção civil, em muitos casos, constitui-se de uma conjuntura fértil para o coronavírus, dada a inexistência ou a inadequação das áreas de vivência em canteiros de obras, como, por exemplo: instalações sanitárias, locais para descanso dos trabalhadores, locais para refeições, vestiários e, caso os trabalhadores durmam no ambiente laboral, a existência de dormitórios impróprios (Vidal, 2021; Brasil, 2020a).

Não sendo atendidas às determinações da NR-18 nas áreas de vivência no canteiro de obras, o embargo, a interdição de urgência de uma obra para garantir a saúde e segurança dos trabalhadores, é a medida ideal a ser adotada para proteção contra a Covid-19 (Vidal, 2021). Apesar disso, muitas obras descumprem estas leis e seguem impunes (Souza; Rossete, 2021).

Desse modo, é de extrema importância a fiscalização e a inspeção do trabalho dos canteiros de obras, independentemente do porte (Gomes; Arezes; Vasconcellos, 2016). As ações punitivas e o embargo das obras em situações mais precárias são necessários para a dignidade dos trabalhadores (Vidal, 2021).

3.3.2. Áreas de vivência

O ambiente de trabalho da construção civil gira em torno do canteiro de obras, área de trabalho fixa ou temporária, onde se desenvolvem operações de apoio e execução das atividades (Brasil, 2020a). Constituem-se em espaços que devem ser planejados de modo a atender a logística da obra, promover a organização e a eficiência nos processos de trabalho e segurança. Segundo a NR-18 (Brasil, 2020a), além de ser um espaço operacional, o canteiro de obras deve dispor de áreas de vivência para seus funcionários. Contudo, é comum canteiros de obras onde os trabalhadores almocem sentados em tijolos, façam suas necessidades fisiológicas sem instalações sanitárias, bebam e façam sua higienização na mesma água colocada na betoneira e durmam em espaços confinados, sem ventilação adequada e com camas improvisadas (Vidal, 2021).

Quando questionados se nas obras em que trabalhavam haviam áreas de vivência adequadas, ficou explícita a diferença dos canteiros residenciais e prediais, visto que, naquelas de maior porte, há um maior cuidado para seguir as normativas. Destacamos a fala do

entrevistado João, que apontou a satisfação de trabalhar em um ambiente no qual, além das instalações básicas, conta com área de lazer: “é muito bom, com certeza, porque agrega”.

Os trabalhadores de canteiros menores apontaram o contrário, como Pedro: “lá [local de trabalho] até agora tá meio escasso, porque tá começando a obra. Água tem, mas banheiro, esses negócios não têm ainda, eles estão improvisando”. É preciso frisarmos que a instalação do canteiro e a limpeza geral da obra são as primeiras etapas do processo de construção (Gomez, 2011), diferentemente do apontado pelo entrevistado.

Canteiros de obras de pequeno porte, em geral, são tidos como desnecessários e inviáveis, visto serem obras de curta duração. Para Júnior, mestre de obras: “só quando a obra vai durar mais de seis meses a gente faz, quando é obra pequena de dois ou três meses, acaba não compensando, mas a gente faz se um sanitariozinho, e água potável, geralmente, a gente leva a garrafa de água”. Semanticamente, o termo “sanitariozinho” evidencia algo precário. De fato, trata-se de um buraco no chão, fechado por tapumes. A não instalação do canteiro de obras, apesar de não estar diretamente relacionada à ocorrência de acidentes e doenças laborais, é um fator que aumenta as probabilidades de acidentes e adoecimentos.

3.3.3. Acidentes de trabalho e ações preventivas

3.3.3.1. Acidente de trabalho

Os principais riscos em um canteiro de obra correspondem a acidentes de trabalho, tais como esmagamento entre objetos, eletrocussões, golpes de objetos e especialmente as quedas em altura (Costa, 2020). Por isso, a importância de debater sobre esse fenômeno que tem tirado a vida de inúmeros trabalhadores (Dau, 2020).

Os resultados apontaram que quatro entrevistados já sofreram acidentes de trabalho, todos eles sem registro formal de trabalho. Segundo Antunes e Praum (2015), condições precárias de trabalho, alta rotatividade e jornadas prolongadas aumentam os riscos de acidentes e de adoecimentos.

Também cabe ressaltar que, nos casos de acidente com trabalhadores informais, ocorre o retorno precoce destes às atividades, ou até mesmo o não afastamento. Devido à necessidade de receber o salário, é comum ao trabalhador não esperar a total recuperação para retornar ao seu ofício. Felício, é um exemplo, pois já sofreu uma queda de andaime: “eu não cheguei a me ausentar do trabalho, porque só deu vinte pontos na cabeça [sic] e como eu trabalho por empreita não tem como ficar parado”.

Além disso, a fala do entrevistado reforça a normalização dos acidentes de trabalho na construção civil, também apresentada pelo pintor Fabiano, que diz ter passado apenas por “pequenos acidentes”, não sendo necessários cuidados especiais:

Acidente que eu precisasse me ausentar não, a não ser no dia. No caso, tombo assim de doer a perna ou, às vezes, de bater o joelho e meio que não conseguir trabalhar no dia, mas no outro no caso eu já segui. Graças a Deus, nada grave, até hoje.

Desta maneira, apenas os acidentes graves e que impedem a continuidade do trabalho são validados pelos trabalhadores, essa é uma prova da grande vulnerabilidade do trabalhador brasileiro.

3.3.3.2. Ações educativas e Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

Um estudo recente apontou a importância de se conhecer os aspectos cognitivos dos trabalhadores da construção civil. É necessário compreender porque eles adotam tantos comportamentos inseguros, sabendo ser o descumprimento das normas de segurança o principal fator causador de acidentes (Ye *et al.*, 2020).

Segundo Brown (2007), o processo cognitivo é realizado em três fases: receber, armazenar e usar a informação. Neste estudo, apenas dois entrevistados informais tinham participado de alguma ação educativa ou treinamento em segurança do trabalho, enquanto todos os trabalhadores registrados recebiam esse tipo de informação semanalmente.

Apesar de o alto número de acidentes por ato inseguro se dê pelo fato de muitos não terem acesso à informação necessária para identificar e aprender a lidar com os riscos do trabalho, isso não exclui o fato de muitos trabalhadores da construção terem um comportamento inseguro nas obras (Fang; Wu, 2013), inclusive os que têm acesso à educação em saúde e segurança do trabalho. Um exemplo disso é o caso do servente Tiago, que afirmou participar de diálogos de segurança três vezes na semana, mas subestima os riscos: “não, eu não sou muito de ter medo de muitas coisas não... tem hora que eu desafio um pouco o perigo (risos)”.

Outro fator que dificulta a percepção dos trabalhadores sobre os riscos laborais é a experiência na área, ou seja, por conta da familiarização com o trabalho e, conseqüentemente, com seus riscos, os trabalhadores param de identificar aquele ambiente como perigoso (Wang; Zou; Li, 2016).

De todo modo, os erros cognitivos frente ao comportamento de risco podem e devem ser contornados (Ye *et al.*, 2020). Para isso, é necessária a educação em saúde e segurança do trabalho, por meio da comunicação e de treinamentos (Jiang; Fang; Zhang, 2015). Além disso, deve-se ter um olhar atento para o papel de influência do engenheiro responsável e demais colegas de trabalho (Grill; Nielsen, 2019).

É pela comunicação de segurança que os trabalhadores passam a entender a importância de identificar os riscos e a rever seus comportamentos inseguros (Ye *et al.*, 2020). Com o treinamento de segurança, os trabalhadores têm a possibilidade de compreender melhor essas informações, tornam-se mais conscientes dos perigos e podem ter ações mais seguras (Pandit *et al.*, 2019). Em locais onde ocorrem treinamentos e comunicação de segurança de forma frequente, os trabalhadores passam a se comportar de forma adequada no canteiro de obras de maneira “automática”. Como afirmou Felipe: “você vai trabalhando com os EPIs, você acostuma a usar, aí tudo que você vai fazer você já lembra de pegar o EPI para qualquer serviço que for fazer”.

Os entrevistados das obras prediais informaram participar de treinamentos e diálogos de segurança do trabalho de uma a três vezes por semana e, conseqüentemente, foi possível perceber em suas falas maior percepção dos riscos, em comparação aos entrevistados que não participam de nenhuma ação desse tipo. Destacamos aqui a fala de Cido, ao ser questionado se já sofreu algum acidente de trabalho, responde: “graças a Deus não. Procuro me cuidar e cuidar de quem tá próximo a mim também, porque no trabalho tem que ter muita atenção, porque o risco existe, mas tem que tá sempre cuidando”.

Evidenciamos que além de identificar o risco, o entrevistado estende os cuidados de segurança para com seus colegas. O papel de demonstração dos colegas de trabalho frente aos comportamentos de segurança pode ser positivo ou negativo, visto que os trabalhadores podem motivar ou desmotivar os atos seguros dos demais trabalhadores (Ye *et al.*, 2020). Por um lado, os trabalhadores podem se preocupar com a segurança deles e dos colegas, fazendo orientações de segurança quando necessário, mas, por outro, podem incentivá-los a não seguir as normativas.

Os entrevistados informais, os quais não recebem informações de segurança do trabalho, apresentaram mais comportamentos inseguros. A exemplo, novamente, da utilização dos EPIs,

considerados pela Norma Regulamentadora NR 06 (Brasil, 2018, p. 1) como “todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho”. Segundo a mesma normativa, o EPI deve ser fornecido pelo empregador, o qual deve orientar e obrigar seu uso. No setor da construção civil, a utilização do EPI é de extrema importância, pois, acrescidas de outras medidas de segurança, é fundamental para redução de lesões e mortes (Izudi; Ninsiima; Alege, 2017).

Observa-se, na construção civil, uma dificuldade a respeito da cobrança da utilização dos EPIs (ALEMU *et al.*, 2019), exigência essa que se tornou maior durante o período de pandemia, por conta da adesão de novos EPIs no cotidiano desses trabalhadores (LI *et al.*, 2021). Todavia, neste estudo, destacamos que essa dificuldade é ainda maior para trabalhadores sem registro formal de trabalho (Izudi; Ninsiima; Alege, 2017), conforme demonstrado pelo mestre de obras Felício: “ah difícil... nós que trabalha por empresa assim (se refere aos informais) só usamos EPI quando a empresa contratante exige, mas é difícil. Eu tenho até os capacetes aqui para usar, mas ninguém usa”. Em tese, isso se dá pela falta conscientização desses trabalhadores sobre a importância em se proteger dos riscos laborais e pela falta de conhecimento sobre os tipos de EPIs adequados para suas atividades de trabalho (Esmail; Salwari, 2021).

4. CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, identificamos uma relação entre o vínculo de trabalho com o modo com que os trabalhadores percebem seu ambiente laboral.

O estresse e sobrecarga no trabalho é mais sentido por trabalhadores informais. Isso ocorre porque o estresse sentido por esses trabalhadores, está diretamente relacionado com as

metas e os prazos de entrega de atividades, visto que, quando não cumpridos, os trabalhadores por empreitada não recebem seu salário.

Outro fator levantado neste estudo refere-se à compreensão do sentimento do trabalhador ao desempenhar suas atividades, concluímos que de modo geral, os trabalhadores se sentem felizes na profissão, sendo que o bom relacionamento com os colegas de ofício é um fator crucial para o bem-estar no trabalho.

Por fim o presente estudo destaca que há poucas ações de promoção da saúde em canteiros de obras de menor porte, fato que compromete a saúde dos trabalhadores. A deficiência de informações em saúde e segurança no trabalho impede que os trabalhadores de canteiros menores identifiquem os riscos laborais e se previnam deles, tornando-se mais vulneráveis ao adoecimento e a acidentes de trabalho.

Portanto, a falta de educação em saúde e treinamentos de segurança, principalmente dos trabalhadores informais, deve ser olhada com atenção, sendo necessárias ações governamentais que formulem estratégias para contornar esse cenário.

REFERÊNCIAS

ALEMU, Addisu A. *et al.* Utilization of personal protective equipment and associated factors among building construction workers in Addis Ababa, Ethiopia, 2019. *BMC Public Health*, v. 20, n. 1, p. 794, may 2020. DOI: 10.1186/s12889-020-08889-x. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-08889-x>. Acesso em: 25 nov. 2021.

AMARO, Marília C.; SILVA FILHO, Luís A.; SANTOS, Flávia V. D. A mulher no mercado de trabalho formal da construção civil brasileira. *Revista de Desenvolvimento Econômico RDE*, Salvador, v. 1, n. 33, p. 132-153, abr. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.21452/rde.v1i33.4161>. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/rde/article/viewFile/4161/2914>. Acesso em: 25 nov. 2021.

ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos do trabalho. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 123, p. 407-427, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.030>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/cbc3JDzDvxTqK6SDTQzJJLP/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 maio 2020.

ANTUNES, Ricardo. De Vargas a Lula: caminhos e descaminhos da legislação trabalhista no Brasil. *Pegada*, v. 7, n. 2, p. 83-88, nov. 2006. Disponível em: https://adrianonascimento.webnode.com.br/_files/200000125-9cfda9df7b/Pegada7n2_20065Ricardo%20Antunes.pdf. Acesso em: 08 dez. 2021.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROSO, Bárbara I. L. *et al.* A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 28, n. 3, p. 1093-1102, 2020. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2091>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/7K494CxFTXtTtLsynkyJnjF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 jan. 2022.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Portaria Nº 877 de 24 de outubro de 2018*: Norma regulamentadora 06 - equipamento de proteção individual. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2018.

BRASIL. Ministério do trabalho e emprego. *Portaria Nº 3733 de 10 de fevereiro de 2020*: Norma regulamentadora 18 - Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério Público do Trabalho. *Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho – ODSST*. Disponível em: <https://observatoriosst.mpt.mp.br/>. Acesso em: 22 jun. 2020b.

BROWN, Carol. *Cognitive Psychology*. Amsterdam: Elsevier; The Netherlands, 2007. 223p.

CARDANO, Mario. *Manual de pesquisa qualitativa: a contribuição da teoria da argumentação*. Tradução Elisabeth da Rosa Conil. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. A luta contra o coronavírus tem o rosto de mulheres. *Cofen Notícias*, 2 maio 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/a-luta-contra-o-coronavirus-tem-o-rosto-de-mulheres_79476.html. Acesso em: 14 maio 2020.

CORSEUIL, C. H. L.; FRANCA, M. P.; POLOPNSKY, K. A inserção dos jovens brasileiros no mercado de trabalho num contexto de recessão. Dossiê Juventude e Trabalho. *Novos estudos CEBRAP*, v.39, n.3, 2020.

COSTA, Barbara R. L. Bola de Neve Virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. *Revista Interdisciplinar de Gestão Social*, Salvador, v. 7, n. 1, p. 15-37, jan./abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.9771/23172428rigs.v7i1.24649>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/rigs/article/view/24649>. Acesso em: 17 jun. 2021.

COSTA, Luciano R. Subcontratação e informalidade na construção civil, no Brasil e na França. *Caderno CRH*, Salvador, v. 24, n. 62, p. 413-434, maio/ago. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-49792011000200012>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ccrh/a/DMx97yqKtDFBT6JWNspm9pD/?lang=pt>. Acesso em: 06 dez. 2021.

COSTA, Simone S. Pandemia e desemprego no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 969-978, jul./ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200170>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/SGWCFyFzjzrDwgDJYKcdhNt/?lang=pt>. Acesso em: 7 dez. 2021.

DAU, Gabriel. Índice de acidentes e mortes no trabalho cresceu no setor da Construção Civil. *Rede Jornal Contábil*, 19 nov. 2020. Disponível em: <https://www.jornalcontabil.com.br/indice-de-acidentes-e-mortes-no-trabalho-cresceu-no-setor-de-construcao-civil/>. Acesso em: 07 dez. 2020.

ESMAIL, Rabia Y.; SAKWARI, Gloria H. Occupational Skin Diseases among Building Construction Workers in Dar es Salaam, Tanzania. *Annals of Global Health*, v. 87, n. 1, p. 92, 2021. DOI: <http://doi.org/10.5334/aogh.3102>. Disponível em: <https://www.annalsofglobalhealth.org/articles/10.5334/aogh.3102/>. Acesso em: 22 dez. 2021

FANG, Dongping; WU, Haojie. Development of a Safety Culture Interaction (SCI) model for construction projects. *Safety Science*, v. 57, p. 138-149, aug. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2013.02.003>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S092575351300043X>. Acesso em: 23 nov. 2021.

FERREIRA FILHO, Hélio R.; RAMOS, Nayara C.; CASTRO, Rayanne S. S. Risco, comportamento dos trabalhadores e acidentes de trabalho em uma construtora estabelecida na cidade de Redenção, PA, Brasil. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, p. 1-17, abr. 2020. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/cccsc/2020/04/comportamento-trabalhadores-acidentes.html>. Acesso em: 08 ago. 2020.

GOMEZ, Carlos M. Introdução - Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configurações e transformações. In: GOMEZ, Carlos M.; MACHADO, Jorge M. H.; PENA, Paulo G. L. (org.). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 23-24.

GOMES, Haroldo P.; AREZES, Pedro M. F. M.; VASCONCELLOS, Luiz C. F. A qualitative analysis on occupational health and safety conditions at small construction projects in the Brazilian construction sector. *Dyna*, v. 83, n. 196, p. 39-47, apr. 2016. DOI: <https://doi.org/10.15446/dyna.v83n196.56607>. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0012-73532016000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=en. Acesso em 30 jul. 2021.

GRILL, Martin; NIELSEN, Kent. Promoting and impeding safety—A qualitative study into direct and indirect safety leadership practices of constructions site managers. *Safety Science*, v. 114, p. 148-159, apr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.01.008>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0925753518312864>. Acesso em: 24 nov. 2021.

IZUDI, Jonathan; NINSIIMA, Viola; ALEGE, John B. Use of Personal Protective Equipment among Building Construction Workers in Kampala, Uganda. *Journal Environmental and Public Health*, v. 2017, oct. 2017. DOI: 10.1155/2017/7930589. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5672632/>. Acesso em: 07 dez. 2021.

JASANI, Patrick K. *et al.* A study of morbidity profile amongst construction workers at selected construction sites in Surendranagar city. *International Journal of Medical Science and Public Health*, v. 6, n. 2, p. 1, 2017. Disponível em: <http://www.ijmsph.com/fulltext/67-1471070879.pdf?1637773781>. Acesso em: 03 abr. 2021.

JAZARI, Milad D. *et al.* Prevalência de doenças e lesões relacionadas ao trabalho autorreferidas entre trabalhadores da construção civil, Shiraz, Irã. *EXCLI Journal - Experimental and Clinical Sciences*, v. 17, p. 724-733, 2018. DOI: 10.17179/excli2018-1459. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6123613/>. Acesso em: 09 dez. 2021.

JIANG, Zhongming; FANG, Dongping; ZHANG, Mengchun. Understanding the causation of construction workers' unsafe behaviors based on system dynamics modeling. *Journal of Management in Engineering*, v. 31, n. 6, p. 04014099, nov. 2015. Disponível em: [https://ascelibrary.org/doi/abs/10.1061/\(ASCE\)ME.1943-5479.0000350](https://ascelibrary.org/doi/abs/10.1061/(ASCE)ME.1943-5479.0000350). Acesso em: 24 nov. 2021.

KHODABANDEH, Farideh; KABIR-MOKAMELKHAH, Elaheh, KAHANI, Mahsa. Factors associated with the severity of fatal accidents in construction workers. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, v. 30, n. 469, dec. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5419242/>. Acesso em: 07 dez. 2021.

KUMAR, Naveen; SHARMA, Sudhansh. Survey Analysis on the usage and Impact of Whatsapp Messenger. *Global Journal of Enterprise Information System*, Bangalore, India, v. 8, n. 3, p. 52-57, apr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.18311/gjeis/2016/15741>. Disponível em: <http://www.informaticsjournals.com/index.php/gjeis/article/view/15741>. Acesso em: 17 jun. 2021.

LARA, Ricardo; HILLESHEIM, Jaime. Modernização trabalhista em contexto de crise econômica, política e sanitária. *O Social em Questão*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 49, p. 61-88, jan./abr. 2021. DOI: 10.17771/PUCRio.OSQ.51110. Disponível em: https://suassccovid19.files.wordpress.com/2020/07/artigo_modernizacca7acc83o_trabalhista.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.

LI, Yanni *et al.* Face masks to prevent transmission of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Infection Control*, v. 49, n. 7, p. 900-906, jul 2021. DOI: 10.1016/j.ajic.2020.12.007.

MOMOLI, Rodrigo; TRINDADE, Letícia L.; RODRIGUES-JUNIOR, Sinval A. Perfil dos acidentes de trabalho na indústria da construção civil no oeste de Santa Catarina. *Revista de Psicologia Organizações e Trabalho*, v. 21, n. 2, p. 1456-1462, abr./jun. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/rpot/2021.2.19660>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572021000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 dez. 2021.

MOSCOVICI, Serge. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Tradução Pedrinho A. Guareschi. Rio de Janeiro: Vozes, 2003. 404 p.

NASCIMENTO, Luciana C. N. *et al.* Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 71, n. 1, p. 228-233, jan./feb. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SrfhX6q9vTKG5cCRQbTFNwJ/?lang=en>. Acesso em: 12 nov. 2021.

ODDONE, Ivar. *et al.* *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. Tradução Salvador Obiol de Freitas. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2020. 298p.

PANDIT, Bhavana *et al.* Fostering safety communication among construction workers: Role of safety climate and crew-level cohesion. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 16, n. 1, p. 71, 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16010071>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/1/71>. Acesso em: 25 nov. 2021.

RUIZ-MORENO, Lidia *et al.* Mapa conceitual: ensaiando critérios de análise. *Ciência & Educação*, Bauru, v. 13, n. 3, p. 453-463, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-73132007000300012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ciedu/a/8vFd9y7SnKgNpJ4mMDkS3rg/?lang=pt>. Acesso em: 17 dez. 2021.

SANTANA, Vilma S.; OLIVEIRA, Roberval P. Saúde e trabalho na construção civil em uma área urbana do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 797-811, jun. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ttzJhvgLs5mJMhtDGMR3BDk/?lang=pt>. Acesso em: 09 dez. 2021.

SCHMIDT, Beatriz; PALAZZI, Ambra; PICCININI, Cesar A. 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, p. 960-966, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497966365017/html/>. Acesso em: 02 jul. 2021.

SOUZA, Ana C. G. C.; ROSSETE, Celso U. Plano de prevenção à disseminação da COVID-19 na construção civil. *Revista Científica Integrada*, v. 5, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.unaerp.br/revista-cientifica-integrada/edicao-atual/4274-rci-covid19construcaocivil-02-2021/file>. Acesso em: 22 nov. 2021.

SOUZA, Diego O. As dimensões da precarização do trabalho em face da pandemia de Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, e00311143, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00311>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/7rJ6TkW8Cs88QkbNwHfdkxb/?lang=pt>. Acesso em: 14 nov. 2021.

VIDAL, Rui S. Os limites da proporcionalidade na construção civil em tempos de Covid-19. *Laborare*, Salvador, v. 4, n. 6, p. 172-193, jan./jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.33637/2595-847x.2021-71>. Disponível em: <https://revistalaborare.org/index.php/laborare/article/view/71>. Acesso em: 14 nov. 2021.

WANG, Jiayuan; ZOU, Patrick X. W.; LI, Penny P. Critical factors and paths influencing construction workers' safety risk tolerances. *Accident analysis & prevention*, v. 93, p. 267-279, aug. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aap.2015.11.027>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001457515301421>. Acesso em: 23 nov. 2021.

WERNECK, Guilherme L.; CARVALHO, Marília S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00068820, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n5/e00068820/>. Acesso em: 03 dez. 2021.

YE, Gui *et al.* Understanding the sociocognitive process of construction workers' unsafe behaviors: an agent-based modeling approach. *International Journal Environmental Research and Public Health*, v.17, n. 5, p. 1588, mar. 2020. DOI: 10.3390/ijerph17051588. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7084719/>. Acesso em: 23 nov. 2021.

ZHU, Na *et al.* A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*, v. 382, p. 727-733, 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2001017. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2001017>. Acesso em: 03 dez. 2021.

NOTAS

¹ Este estudo, realizado em Salvador, buscou identificar o perfil ocupacional e de saúde dos trabalhadores da construção civil. Para isso realizou entrevistas pessoais e telefônicas com uma amostra aleatória de trabalhadores.

² A amostra por bola de neve consiste em uma técnica de amostragem na qual os participantes selecionados para o estudo convidam novas pessoas da sua rede pessoal de amigos ou conhecidos, para integrarem a amostra da pesquisa. (Cf. Costa, 2018).

³ O armador é o profissional responsável pela montagem das estruturas de ferro que posteriormente recebem os materiais da obra, tais como o concreto.

⁴ A CLT foi instituída pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943, sancionada por Getúlio Vargas e unificou toda a legislação trabalhista no país (Cf. Antunes, 2006).

4.2. Normas do Artigo 01

Revista Trabalho, Educação e Saúde

Escopo da revista: A formação e a qualificação profissional e o processo de trabalho na saúde constituem áreas centrais à revista, que desta forma acredita contribuir para o

aperfeiçoamento de políticas sociais, em geral, e do Sistema Único de Saúde (SUS), em particular.

Temáticas centrais à revista:

- Políticas de educação;
- Políticas de saúde;
- Políticas públicas e impactos na educação e na saúde;
- Educação em saúde;
- Qualificação em saúde;
- Formação em saúde;
- Processo de trabalho em saúde;
- Gênero, educação e saúde;
- Racismo, educação e saúde;
- Precarização do trabalho;
- Formas de organização dos trabalhadores e das trabalhadoras da saúde e da educação;
- Organização do trabalho contemporâneo;
- Arte, saúde e formação humana;
- Ambiente, trabalho e saúde;
- Organização popular e saúde;
- Educação popular em saúde;
- Epistemologia, educação e saúde;
- Capitalismo, saúde e educação.

Instruções aos autores

Forma e preparação de manuscritos

A revista aceita como submissões espontâneas artigos e artigos de revisão.

Os **Artigos** devem apresentar resultados de pesquisas de natureza empírica ou conceitual. Tamanho entre 4.000 e 7.000 palavras, sem contar referências bibliográficas, figuras e notas.

Apresentação do manuscrito

Colaborações devem ser digitadas no Word, na fonte Times New Roman, em corpo 12, em espaço duplo. Artigos, ensaios, notas de conjuntura e debates devem ainda conter um resumo em português, espanhol e inglês de, no máximo, 200 palavras, e título em inglês e

espanhol, além do título na língua original. Os manuscritos podem ser apresentados em português, espanhol, inglês e francês. O título deve ser conciso e representativo do conteúdo do texto. O(s) autor(es) deve(m) indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse.

Palavras-chave

Mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas na língua original, em espanhol (*palabras clave*) e em inglês (*keywords*).

Figuras

Tabelas, quadros, diagramas, fotografias, gráficos e ilustrações devem, necessariamente, estar inseridos no seu devido lugar no corpo do texto e ser também enviados separadamente como material suplementar. Não devem ultrapassar o máximo de seis por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do manuscrito, caso em que o autor deverá manter uma comunicação prévia com os editores. Todas as figuras, com exceção de fotografias, devem ser numeradas e ter título, estando apenas as iniciais do título em maiúsculas. As referências devem ser feitas por números (ex. Gráfico 3) e não por expressões como “a figura abaixo”.

Notas

As notas devem vir ao fim do texto, sucintas e numeradas de forma consecutiva. Não devem ser utilizadas para referências bibliográficas.

Grifos

Solicita-se a não utilização de sublinhados e negritos. As aspas simples podem ser usadas para chamar a atenção para um item particular do texto. Palavras de outras línguas, que não o português, devem ser italicizadas, assim como títulos de obras mencionadas.

Citações

Para elaboração das citações, *Trabalho, Educação e Saúde* (TES) baseia-se na norma NBR 10520:2002, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), com ligeiras modificações. A TES adota o sistema Autor-data, com os sobrenomes dos autores escritos em

caixa alta e baixa e ano da publicação, no corpo do artigo. Exemplo: (Frigotto; Ciavatta, 2001).

A *citação direta*, no corpo do texto, de até três linhas, deve vir entre aspas duplas, sobrenome do autor e, entre parênteses, o ano e a página. Ou: citação direta, entre parênteses o nome do autor, ano e página. Aspas simples indicam citação no interior da citação. Exemplos: Minayo (2001, p. 74) descreve: “[...] a análise de conteúdo é compreendida muito mais como um conjunto de técnicas”.

Monografia “no sentido lato, é todo trabalho científico de ‘primeira mão’, que resulte da investigação científica” (Salomon, 1978, p. 219).

Se a citação direta exceder três linhas, deverá vir com recuo de 4 cm da margem esquerda, em corpo 11. Exemplo:

O uso intensivo da microeletrônica e a crescente automação dos laboratórios, principalmente a partir da década de 1980, vem causando mudanças importantes no processo produtivo, na organização do trabalho e nas relações sociais (Deluiz, p. 99, 1995).

Nas *citações indiretas*, a indicação da(s) página(s) consultada(s) é opcional. A citação indireta ocorre quando o autor faz um texto baseado na obra do autor consultado. Exemplo: As emoções, independentes da vinculação ou não com o ambiente organizacional, influenciam no desempenho das pessoas (Frost, 2003).

Se a citação tiver texto traduzido pelo autor, deve incluir o termo “tradução nossa”. Exemplo:

“Ao final de duas semanas, avalie sua experiência” (McGraw; Dean; Francis, 2009, p. 28, tradução nossa).

No caso de citação com três autores, todos devem ser nomeados; mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer no texto, como em Spink *et al.* (2001).

Para enfatizar trechos da citação, destaque-os com a expressão “grifo nosso” entre parênteses, após a chamada da citação, ou “grifo do autor”, caso o destaque já faça parte da obra consultada. Exemplos:

A *hipótese da escassez* não explica sozinha o processo de mudança de valores de uma sociedade. (Okado; Ribeiro, 2017, p. 10, grifo do autor).

Em *termos de comportamento*, a motivação pode ser conceituada como esforço e tenacidade exercidos pela pessoa para fazer algo ou alcançar algo. (Chiavenato, 1994, p. 165, grifo nosso)

Adotar a ordem cronológica em que os documentos foram publicados, separados por ponto e vírgula, no caso de vários citados em sequência. Exemplo: (Crespo, 2005; Costa; Ramalho, 2008; Moresi *et al.*, 2010).

Referências

Para elaboração das referências, a *Trabalho, Educação e Saúde* baseia-se na norma NBR 6023:2018, da ABNT, com ligeiras modificações. As referências bibliográficas devem ser elencadas, em ordem alfabética de autores, ao final do manuscrito e conter todas as obras citadas no corpo do texto, compondo assim a lista de referências, sem numeração de entrada e com espaço simples entre elas. Quando houver até três autores, todos devem ser indicados. No caso de mais de três autores, indicar apenas o primeiro, seguido da expressão *et al.* O primeiro nome dos autores deve ser escrito por extenso nas referências. Diferentes títulos de um mesmo autor publicados no mesmo ano deverão ser distinguidos, adicionando-se uma letra (a, b, c...) em minúscula após a data, tanto nas citações no corpo do texto quanto na lista de referências bibliográficas. Os títulos dos periódicos devem ser escritos por extenso. O autor é responsável pela exatidão e pertinência das referências. Para os casos não exemplificados, o autor deve consultar a norma NBR 6023:2018, da ABNT. No caso de existir um número DOI para o documento, ele deve ser incluído ao final da referência. Observem-se os exemplos a seguir:

Artigo em periódico eletrônico

SCHNEIDER, Luana R.; PEREIRA, Rui P. G.; FERRAZ, Lucimare. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 594-605, jul./set. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018118041. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/43>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SPINK, Mary J. P. *et al.* A construção da Aids-notícia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-862, 2001. DOI: 10.1590/S0102-311X2001000400019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/v17n4/5291.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2020.

Se não houver DOI:

FONTES. Virgínia. Capitalismo em tempos de uberização: do emprego ao trabalho. *Marx e o Marxismo*: Revista do NIEP, Rio de Janeiro, v. 5, n. 8, p. 46-67, jan./jun. 2017. Disponível em: <https://www.niepmarx.blog.br/revistadoniep/index.php/MM/article/view/220>. Acesso em: 10 out. 2020.

Artigo fora de periódico eletrônico

MACHADO, Antônio B. Reflexões sobre a organização do processo de trabalho na escola. *Educação em Revista*, Belo Horizonte, n. 9, p. 27-31, jul. 1989.

CARVALHO, Jorge. Agora é o desafio local-global. Entrevistado: Peter Senge. *HSM Management*, São Paulo, n. 76, p. 50-57, set./out. 2009.

Livro e tese

GRAMSCI, Antonio. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo B. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho do médico*. 1979. 253f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

Capítulo de livro

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155.

Congresso (evento) no todo

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 10., 2017, Florianópolis. *Anais [...]*. Florianópolis: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), 2017. Tema: Epidemiologia em defesa do SUS: formação, pesquisa e intervenção.

Partes de congresso (Evento)

SILVA, Levy S. Uma análise experimental do impacto da seleção de atributos em processos de resolução de entidades. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE BANCO DE DADOS, 34., 2020, Fortaleza. *Anais [...]*. Fortaleza, 1994. p. 1-12.

Dados fornecidos por agências governamentais (Secretarias, Ministérios, IBGE etc.)

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano de contingência para resposta às emergências em saúde pública: doença pelo SARS-CoV-2: Covid-19*. Florianópolis: SES-SC, 2020.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). *Dados sobre acidentes ocupacionais com material biológico*. Rio de Janeiro: SMS-RJ, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (Unesco). *Política de mudança e desenvolvimento no ensino superior*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999. 98p.

Leis, decretos, portarias etc.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*: Seção 1, Brasília, DF, p. 27.839, 23 dez. 1996.

Legislação em meio eletrônico

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 1 jan. 2017.

Relatórios técnicos

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Relatórios final ou de atividades

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Boletim observatório Covid-19 após 6 meses de pandemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19, Edição Oficial, [2020]. 22 p. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_6meses.pdf. Acesso em: 27 out. 2020.

Jornal

a) Sem indicação de autoria, entra pelo título:

FÓRUM de debates discute o projeto Educando o Cidadão do Futuro. *O Globo*, Rio de Janeiro, 6 jul. 2001. Caderno 1, p. 18.

b) Com autoria:

TOURAINÉ, Alain. Uma resistência possível. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 3 jul. 2001. Mais, Caderno 7, p. 18-20.

Internet

a. *Entrevista em periódico eletrônico:*

AZZARÀ, Stefano G. Crítica ao liberalismo, reconstrução do materialismo. Entrevista com Domenico Losurdo. *Crítica Marxista*, Campinas, n. 35, p. 157-169, 2012. Disponível em: http://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/entrevista19Entrevista.pdf. Acesso em: 7 out. 2013.

b. *Reportagem em jornal eletrônico:*

NUBLAT, Johanna. 38,7% dos usuários de *crack* das capitais do país estão no Nordeste. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 19 set. 2013. Seção Cotidiano. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1344256-40-dos-usuarios-de-crack-das-capitais-do-pais-estao-no-nordeste.shtml>. Acesso em: 27 set. 2013.

LIMÓN, Raúl. Pfizer afirma que sua vacina contra o coronavírus tem eficácia de 90%. *El País*, Brasil, 9 nov. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-11-09/pfizer-afirma-que-sua-vacina-contr-o-coronavirus-tem-uma-eficacia-de-90.html>. Acesso em: 18 nov. 2020.

c. *Texto disponível* (fora de revista ou jornal):

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. *Educação profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico. Área profissional: saúde*. Brasília: MEC, 2000. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/saude.pdf>. Acesso em: 3 out. 2013.

d. *Redes sociais*

LIMA, Nísia T. Um importante debate sobre as ações da Fiocruz no combate à pandemia da Covid 19, no momento em que a instituição comemora 120 anos. Rio de Janeiro, 22 maio, 2020. Facebook: [nisia.trindadelima](https://www.facebook.com/nisia.trindadelima). Disponível em: <https://www.facebook.com/nisia.trindadelima>. Acesso em: 29 jul.2021.

CARNEIRO, Sueli. Carta compromisso pelo direito à educação das meninas negras – Geledés. 10 jun. 2021. Twitter: @suelicarneiro. Disponível em: <https://twitter.com/SueliCarneiro/status/1403020818544840708?s=08>. Acesso em: 30 jul. 2021.

e. *Listas de discussão*

BVS Educação Profissional em Saúde: lista de discussão. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020. Disponível em: <http://www.bvseps.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 1 jul. 2021.

f. *Wikipedia*

TRANSPLANTE de medula óssea. In: WIKIPEDIA: thefreeencyclopedia. [San Francisco, CA: Wikimedia Foundation, 2017]. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Transplante_de_medula_%C3%B3sea. Acesso em: 15 maio 2017.

g. *Blog*

PACKER, Abel L. *et al.* SciELO pós 20 Anos: o futuro continua aberto. In: SciELO - Scientific Electronic Library Online. *Blog Scielo em Perspectiva*. São Paulo, 19 dez. 2018. Disponível em: https://blog.scielo.org/blog/2018/12/19/scielo-pos-20-anos-o-futuro-continua-aberto/#.YNtqkuhKg_4. Acesso em: 29 jun. 2021.

h. *Live no Youtube*

ÁGORA Abrasco. Painel: desafios da proteção social em tempos de pandemia. Coordenação: Cristiani Machado. Convidados: Esther Dweck, Paola Carvalho, Eduardo Fagnani, [S. 1.]: TV Abrasco, 10 jun. 2020. 1 vídeo (158 min). *Live*. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eKt8xqXJ-1Q>. Acesso em: 27 maio 2021.

Revisão de texto em língua portuguesa

A revista se reserva o direito de sugerir alterações em usos informais da língua e de corrigir variantes não padrão do português.

A responsabilidade pelos custos de revisão profissional de idioma é dos autores, a ser realizada por revisores habilitados pela revista ou por profissional de sua preferência, desde que siga o manual de estilo da TES para revisores, disponível sob demanda. A tradução para outro idioma é opcional.

4.3. Artigo 02

Aspectos do estilo de vida de operários da construção civil: um estudo de caso

Aspects of the lifestyle of construction industry: a case study

Aspectos del estilo de vida de los trabajadores de la construcción civil: un estudio de caso

Resumo

O setor da construção civil caracteriza-se por atividades que demandam grandes esforços físicos e uma diversidade de funções que, na maioria das vezes, oferecem riscos. Além disso, o espaço onde o trabalho se desenvolve é, quase sempre, precário. O resultado é o comprometimento da saúde e da segurança dos operários da área. Neste artigo, analisam-se as representações e práticas de saúde de 14 operários da construção civil da região de Maringá, no Paraná. Além disso, propõe-se a observar se existem ações de promoção da saúde no ambiente laboral e, em caso afirmativo, descrever seus impactos na saúde destes trabalhadores. Trata-se de um estudo de campo, de abordagem qualitativa, realizada por meio da técnica de entrevistas semiestruturadas. Os dados foram analisados seguindo a análise de conteúdo de Bardin (2016). Os resultados apontam que os entrevistados relacionam saúde com capacidade de trabalho e apresentam autopercepção positiva sobre sua saúde, embora mantenham um estilo de vida pouco saudável. Ações de promoção da saúde voltadas a serviços de saúde ocupacional se mostraram importantes para a conscientização dos trabalhadores sobre cuidados preventivos, mas são realizadas prioritariamente com trabalhadores com vínculos formais de trabalho; evidenciando a vulnerabilidade aos riscos de adoecimento dos que atuam na informalidade. Conclui-se que ações educativas nos canteiros de obras contribuem para orientar os trabalhadores da importância de um estilo de vida saudável e que estratégias governamentais devem ser realizadas para aumentar a proteção da saúde de trabalhadores informais.

Palavras-chave: Saúde ocupacional; Promoção da saúde; Segurança do trabalho.

ABSTRACT: Construction industry activities demand substantial physical effort and many activities that, in most cases, put the worker under risk. Furthermore, the work is almost always carried out in places with poor conditions. This compromises the health and safety of workers in this field. This article analyzes the health representations and practices of 14 construction workers in the region of Maringá, in Paraná. Furthermore, it attempts to ascertain whether there are health promotion actions in the work environment and, if that is the case, to describe their impact on the lives of these workers. This is a qualitative field study, carried out using the

semistructured interview technique. The results show that interviewees relate health to capacity for work, and have a positive self-perception about health, although their lifestyles are mostly unhealthy. Health promotion actions targeted at occupational health services were important to raise the awareness of the workers about preventive care, but they are mostly carried out with users with formal work contracts, showing the vulnerability and risks that those who work informally incur. This study concludes that educational actions in construction sites contribute to guide workers about the importance of a healthy lifestyle, and that government strategies should be used to increase the protection to the health of informal workers.

Keywords: Occupational health; Health promotion; Work safety.

RESUMEN: el sector de la construcción civil se caracteriza por actividades que demandan grandes esfuerzos físicos y una diversidad de funciones que, en la mayoría de los casos, presentan riesgos. Además, el espacio donde se desarrolla el trabajo es, casi siempre, precario. El resultado es el compromiso de la salud y de la seguridad de los trabajadores del área. En este artículo se analizan las representaciones y prácticas de salud de 14 trabajadores de la construcción en la región de Maringá, Paraná. Además, se propone observar si existen acciones de promoción de la salud en el ambiente laboral y, de ser así, describir sus impactos en la salud de estos trabajadores. Se trata de un estudio de campo, con enfoque cualitativo, realizado a través de la técnica de entrevistas semiestructuradas. Los resultados muestran que los entrevistados relacionan la salud con la capacidad de trabajo y tienen una autopercepción positiva sobre su salud, aunque mantienen un estilo de vida poco saludable. Las acciones de promoción de la salud dirigidas a los servicios de salud ocupacional demostraron ser importantes para sensibilizar a los trabajadores sobre los cuidados preventivos, pero se realizan principalmente con trabajadores con contrato laboral formal; evidenciando la vulnerabilidad a los riesgos de enfermedad de quienes trabajan en el sector informal. Se concluye que las acciones educativas en las obras ayudan a orientar a los trabajadores sobre la importancia de un estilo de vida saludable y que se deben realizar estrategias gubernamentales para aumentar la protección de la salud de los trabajadores informales.

Palabras clave: Salud Ocupacional; Promoción de la Salud; Seguridad en el trabajo.

Introdução

A Revolução Industrial, em suas diferentes fases, foi responsável por inúmeras transformações no processo produtivo e nas relações de trabalho. Do uso da água e do vapor para o funcionamento das máquinas, no século XVIII; passando pelo uso do aço e do petróleo, até os avanços digitais da contemporaneidade, novos *modus operandi* foram continuamente criados, contribuindo para a consolidação definitiva do capitalismo. Embora alguns setores tenham sido precoces, como as atividades têxteis, todas as indústrias se beneficiaram destes avanços^{1,2}.

No que diz respeito especificamente à construção civil, os maiores progressos se deram no mundo pós II Guerra, quando a demanda pela reconstrução das cidades arrasadas impulsionou as técnicas de linhas de montagem e uso de produtos pré-fabricados². Atualmente,

a construção civil é responsável por cerca de 7% da força de trabalho mundial³. Apresenta, todavia, um grande agravo, que é o alto índice de acidentes envolvendo seus trabalhadores⁴.

Apesar da promulgação de normas de segurança que buscam continuamente regulamentar a área, a saúde e a segurança dos operários do setor ainda são bastante comprometidas⁵, resultado conjunto da diversidade de funções; da precariedade do ambiente laboral⁵; da avaliação inadequada dos riscos e da gestão ineficiente das normas⁶. Além disso, o contínuo aumento de contratos informais de trabalho, que redesenha a exploração da classe trabalhadora, tem gerado adoecimentos diversos⁷. Estes, por sua vez, são potencializados pelo estilo de vida e as características pessoais dos trabalhadores⁸.

Neste artigo, analisamos as narrativas de uma amostra de trabalhadores da construção civil. O uso da narrativa, sustentada na memória e oralidade, vem sendo uma alternativa para pesquisas qualitativas em saúde, se destacando por seu caráter de valorização das subjetividades dos participantes a partir de suas experiências de vida⁹. As narrativas diferem de outros métodos científicos, dado seu enfoque específico de investigação, permitindo um entendimento individualizado das práticas e representações dos indivíduos sem perder de vista aquilo que é socialmente produzido. Além disso, permitem que os participantes, ao construírem suas falas, reflitam e, eventualmente, transformem suas práticas⁹.

A partir da narrativa de 14 trabalhadores da construção civil, o presente estudo buscou analisar as representações e as práticas de saúde de 14 trabalhadores da construção civil, notadamente quanto ao estilo de vida, consumo de substâncias viciantes como álcool e tabaco, bem como identificar se existem práticas de promoção da saúde no ambiente laboral, com enfoque nos serviços de saúde ocupacional. Por fim, discutimos os impactos dessas práticas na saúde dos trabalhadores.

Defendemos que ações promotoras de saúde no ambiente laboral devem ir além do ambiente de trabalho e abordar todos os aspectos da vida dos trabalhadores, atentando para as especificidades dos sujeitos.

Método

Delineamento do estudo

Neste estudo, desenvolvemos uma abordagem qualitativa, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. O artigo seguiu as recomendações dos critérios consolidados para a elaboração de relatórios de investigação qualitativa (COREQ)¹⁰.

Instrumento e Amostra

O instrumento foi escolhido de acordo com os objetivos do estudo: analisar as representações e práticas de trabalhadores da construção civil acerca da saúde, conhecendo aspectos do seu estilo de vida e verificando se há ações promotoras de saúde ocupacional no ambiente em que trabalham. Desenvolveu-se um roteiro de entrevista contendo 35 perguntas, utilizado como um guia ao entrevistador¹¹, tendo como prioridade permitir aos participantes compartilharem informações sobre sua saúde e estilo de vida abertamente.

Para aprimorar o instrumento de análise, foi realizada uma entrevista-piloto com um trabalhador da construção civil, possibilitando melhor preparo para as entrevistas subsequentes. Estas foram individuais, guiadas por uma aluna de mestrado em Promoção da Saúde da Universidade Cesumar, com formação em engenharia civil e engenharia de segurança do trabalho. Nenhuma entrevista foi repetida.

A amostragem consistiu em trabalhadores da construção civil, que atuassem na região metropolitana de Maringá-PR; fossem do sexo masculino; tivessem 18 anos ou mais de idade; e trabalhassem no setor da construção civil há, pelo menos, um ano.

Participantes

Participaram deste estudo 14 trabalhadores, sendo cinco pintores, três mestres de obras, três serventes de pedreiro, dois pedreiros e um armador, profissional responsável pela montagem das estruturas de ferro.

Todos foram convidados via *WhatsApp*, aplicativo gratuito de mensagens móveis¹². Metade dos entrevistados foi recrutada em uma construtora da cidade de Maringá-PR, que disponibilizou o contato de doze trabalhadores; sete aceitaram participar da pesquisa. A outra metade foi recrutada por meio da estratégia de bola de neve, *snowball*¹³, técnica de amostragem em que os integrantes previamente selecionados para participar do estudo indicam novos possíveis participantes por meio da sua rede pessoal de contatos.

O número de participantes foi limitado pela saturação teórica, ou seja, a busca por novos resultados cessou quando não se fazia mais necessária a obtenção de outros dados, visto que aqueles obtidos eram suficientes para o desenvolvimento aprofundado do tema em estudo¹⁴.

Todas as entrevistas foram realizadas por meio do recurso de mensagem de voz do *WhatsApp*. A escolha em fazer entrevistas de maneira online se deu por conta da medida de isolamento social, adotada durante a pandemia de Covid-19¹⁵.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo cumpriu as normativas internacionais e nacionais de ética em pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário de Maringá (UniCesumar), sob o parecer número 4.707.006 /2021.

Análise de dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra. Os dados foram analisados qualitativamente, seguindo o modelo de interpretação de dados estabelecido por Bardin (2016)¹⁶: pré-análise; exploração do material; análise dos resultados; interferência; e interpretação. Para organização e sistematização dos dados, utilizou-se o software NVIVO, versão 12. Foram utilizados pseudônimos para todos os entrevistados.

Resultados e discussão

A idade dos participantes variou entre 22 a 55 anos.; autodeclarados morenos e atuando na área há mais de dez anos.

Verificamos um baixo grau de escolaridade dentre os entrevistados, sendo que apenas dois haviam concluído o ensino médio; dois apresentavam o ensino médio incompleto; nove haviam parado os estudos no ensino fundamental; e um estava cursando o ensino fundamental.

Quadro 1 – Características da amostra de estudo

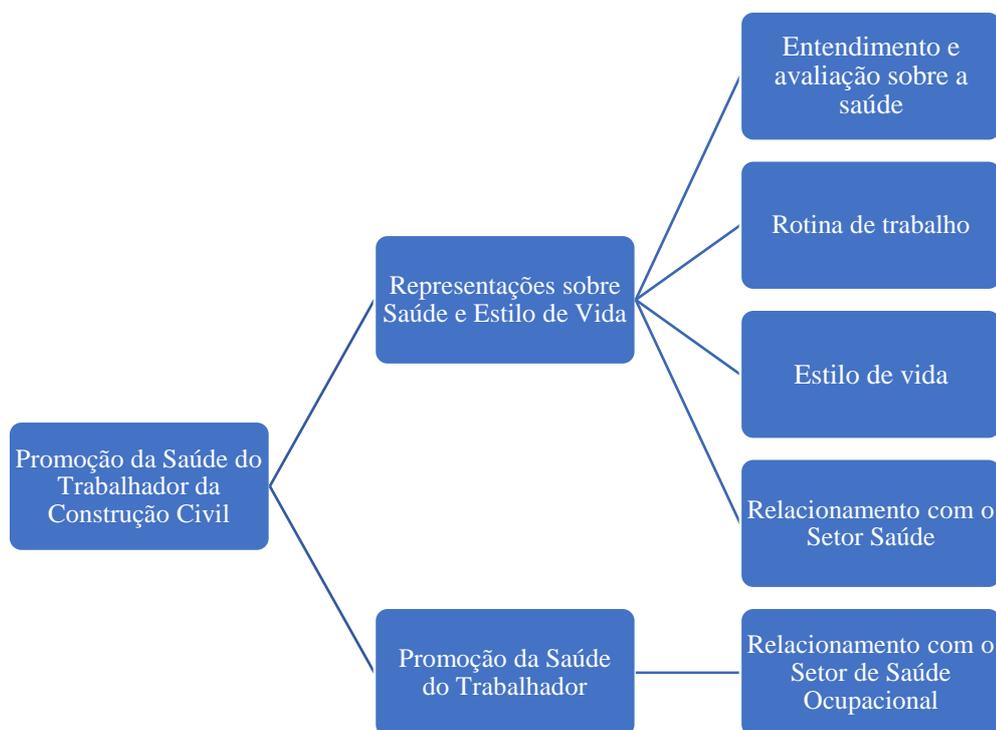
Participante	Idade	Cor de pele autodeclarada	Escolaridade	Ocupação	Tempo de profissão	Vínculo de trabalho
Cido	55	Moreno	3ª Série	Servente	20 anos	Formal
Caio	52	Moreno	5ª Série	Pedreiro	28 anos	Formal
Célio	50	Moreno	6ª Série	Pintor	9 anos	Formal
Fabiano	45	Branco	8ª Série	Pintor	5 anos	Informal

Eduardo	42	Moreno	2ª Série	Pintor	11 anos	Formal
Antônio	41	Branco	8ª Série	Pedreiro	6 anos	Informal
Tiago	40	Moreno	Cursando o ensino fundamental	Servente	1 ano	Formal
Mário	39	Branco	Ensino médio completo	Mestre de obras	20 anos	Informal
João	37	Negro	Ensino médio completo	Armador	19 anos	Formal
Felipe	36	Pardo	Ensino médio incompleto	Pintor	10 anos	Formal
Felício	34	Moreno	Ensino médio incompleto	Mestre de obras	19 anos	Informal
Pedro	33	Moreno	7ª Série	Pintor	6 anos	Informal
Paulo	27	Moreno	4ª Série	Servente	3 anos	Informal
Lucas	22	Branco	7ª Série	Mestre de obras	12 anos	Informal

Fonte: Elaborado pela autora, segundo ordem decrescente de faixa etária.

As categorias de análise foram pensadas a priori; portanto já compunham o roteiro de entrevistas (Figura 1).

Figura 1 – Mapa conceitual



Fonte: Elaborado pela autora

Representações sobre saúde e estilo de vida

A discussão sobre a saúde e do estilo de vida aqui apresentadas tiveram sustentação nos estudos das representações sociais, conjunto de conhecimentos teóricos que nos permitem a análise interpretativa das falas dos sujeitos. O que os entrevistados entendem por saúde?; como percebem suas condições de saúde?; que relações estabelecem entre saúde/condição de vida e trabalho?; entre outras questões pertinentes aos objetivos propostos pela pesquisa.

Para Moscovici (2015)¹⁷, os sujeitos não interpretam a realidade individualmente, mas tomando como elemento de suporte as ideias que circulam coletivamente, sempre estabelecendo relações com a cultura em que se encontram inseridos. Portanto, representações “são partilhadas [...], penetram e influenciam a mente de cada um; elas não são pensadas por eles; melhor, para sermos precisos, elas são re-pensadas, re-citadas e re-apresentadas^{17:37}. São registros simbólicos relacionados com a maneira pela qual os indivíduos se familiarizam com o ‘novo’ através dos processos de ancoragem e objetivação. A ancoragem corresponde ao processo de nomear algo desconhecido e ‘não-familiar’; enquanto a objetivação representa o caminho pelo qual os elementos que, até então, eram desconhecidos, adquirem materialidade¹⁷. As representações sociais estão sempre abertas a se atualizarem na forma como o mundo é visto e interpretado. Desse modo, não são estruturas estáticas e os indivíduos podem construir novas representações continuamente¹⁸. Um exemplo é o uso do cigarro que até há pouco tempo era tido como sinônimo de força e virilidade, elementos chaves da masculinidade hegemônica, mas que atualmente, mesmo entre os que fazem uso do tabaco, é considerado prejudicial à saúde. O mesmo pode ser dito do álcool, ainda que este último seja tido como menos prejudicial à saúde dependendo da quantidade do consumo, já que ainda é muito vinculado à ideia da comunhão e de festividade.

Neste artigo, optamos por realizar entrevistas, de modo a compreender as representações da saúde elaboradas por trabalhadores da construção civil, entendendo que os discursos coletados resultam de pensamentos construídos individualmente, mas, relacionados igualmente com os sistemas sociais de conhecimento de mundo.

Entendimento e avaliação sobre a saúde

O entendimento de saúde para os trabalhadores da construção civil está diretamente relacionado à capacidade para o trabalho, ou seja, a aptidão que o indivíduo tem de realizar suas atividades laborais, compreendendo seu estado de saúde física e mental¹⁹. A sobrevivência do trabalhador e a de sua família dependem da venda de sua força de trabalho; e na área da construção civil, que exige grande dispêndio de energia, o corpo funcionante é um instrumento de potencial importância.

Para os entrevistados, conforme observado, ter saúde é não ter doença que os impeça de exercer suas atividades laborais. Tal representação contraria a Organização Mundial da Saúde (OMS), que define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Se o entendimento dos trabalhadores pode ser considerado “limitado”, a definição da OMS tem sido criticada justamente por ser demasiadamente ampla e utópica²⁰.

Algumas falas destacaram a importância de um estilo de vida saudável (Quadro 2), com boa alimentação e prática de atividade física. De fato, o estilo de vida é um fator determinante de saúde²¹, de modo que um conjunto de comportamentos individuais é responsável por beneficiar ou prejudicar a saúde, conforme destacado pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)²².

Quadro 2 – Percepção dos trabalhadores sobre saúde

Tópico	Discurso
Capacidade para o trabalho	"Saúde é o mais importante de tudo. Sem saúde, não tem como trabalhar, não tem como desempenhar a função 100%". (João)
	"A saúde da gente sempre tem que ser boa. Sem saúde a gente não é nada". (Eduardo)
Ausência de doenças	"(...) Saúde é estar com forças para trabalhar (...). É não estar doente (...) estar sem dores". (Lucas)
	"Saúde é estar se sentindo bem. Não ter nenhuma questão te prejudicando". (Mário)
Estilo de vida	"Saúde é se alimentar bem, no horário certo e evitar substância (sic)". (Fabiano)
	"Saúde para mim é a parte física e principalmente a parte mental. Na parte física, tem que ter uma boa alimentação". (Paulo)
	"Para mim, saúde é comer bem, dormir bem, praticar esportes e andar bem consigo mesmo". (Antônio)
	"Saúde é se cuidar, se prevenir, tomar cuidado com tudo que acontece e procurar não ficar doente". (Caio)

Fonte: Elaborado pela autora.

A média etária dos entrevistados é de 39,5 anos; isso explica, em parte, a autopercepção da saúde bastante positiva entre eles. Todavia, não desconsideramos que o adoecimento possa ser entendido como algo que compromete a representação da masculinidade. Estudos de gênero evidenciam que a doença costuma ser associada à fragilidade e esta, por sua vez, ao feminino¹⁵. Isto talvez explique o fato de que treze trabalhadores afirmassem ter boa saúde. Neste aspecto Cido, 55 anos, foi uma exceção: diabético, recentemente diagnosticado com triglicérides elevado e que se encontra em tratamento médico.

Confirmando o estudo de Roche e colaboradores (2020)²³, sob a influência dos colegas na adoção de comportamentos pouco saudáveis, Cido afirma que o mais difícil no cuidado da saúde é resistir aos apelos dos colegas: “Você sabe que em alojamento tem a cachaça, tem o álcool e meus colegas falam: ‘Cido, vamos tomar’. Falei: ‘Não, vou cuidar da minha saúde primeiro”.

O consumo excessivo de álcool, além de ser um fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis, se relaciona com outras condições de saúde manifestadas em decorrência da idade, tais como diabetes, ganho de peso, pressão arterial elevada e depressão^{24,25}. Muitas vezes, o uso de álcool por trabalhadores da construção é resposta para os fatores organizacionais do próprio trabalho, como as demandas excessivas²⁶.

Observa-se, nos discursos, que a ideia de saúde elaborada pelos entrevistados é confusa. O pintor Eduardo, 42 anos, é um exemplo, pois o mesmo afirma que embora tome “umas pingas e umas cervejinhas” sua saúde é boa. No entanto, afirma: “minha saúde me maltrata muito” [sic]. Se atentarmos para o discurso, percebemos que saúde e doença são tidos pelo entrevistado como elementos que coexistem.

Mário, 39 anos, é outro exemplo: “Há tantos anos mexendo com construção e, graças a Deus, as únicas coisas que eu tive foram as que qualquer um tem: sinusite e enxaqueca. Fora isso, nunca senti nada”. Atentemos para o fato de que Mário entende a enxaqueca como algo de menor importância. Todavia, para Burle *et al.* (2016)²⁷, apesar de comum entre trabalhadores da construção civil, a enxaqueca ocasiona alterações de equilíbrio corporal, muitas vezes seguida de tontura e vertigem, com graves consequências para os que operam em locais altos.

Quando questionados sobre a saúde, de modo geral, os entrevistados fazem referência à questão da saúde mental. Lee *et al.* (2014)²⁸ destacam que nas atividades desenvolvidas predominantemente por homens, como a construção civil, há um alto grau de doenças mentais, como depressão e ansiedade, as quais costumam ser decorrentes do estresse relacionado ao

trabalho²⁹. Talvez, essa visão também se deva aos papéis de gênero culturalmente estipulados de que homens não podem “falhar”.

Apesar da importância do cuidado com a saúde mental, ações promotoras de saúde com esse enfoque são precárias nesse setor³⁰. Entre os fatores que corroboram para esse cenário, cabe destacar a maior dificuldade masculina em buscar ajuda médica, notadamente em uma área tão estigmatizada, seja pelo receio de sofrer discriminação dos colegas, seja dos empregadores³¹.

Por isso, o tema da saúde mental apareceu apenas nos relatos de três entrevistados e, ainda assim, de modo impessoal. Tiago, 40 anos, afirmou: “nossa saúde é o nosso equilíbrio, tanto físico, quanto mental e emocional”. Para ele, a saúde é um todo, devendo ser buscada por meio de exercícios físicos e boa alimentação, mas também por meio da meditação. Por sua vez, Paulo, 27 anos, acredita que o diálogo com a esposa sobre como foi o dia de trabalho o ajuda bastante, impedindo-o de ficar sobrecarregado: “[...] então, na parte mental, isso é eficiente. Todo dia a gente chega do serviço, senta, conversa, desabafa. Isso é muito bom”.

Questionados a respeito de transtornos de ansiedade, a maioria dos entrevistados considera que esta é uma condição inerente à personalidade de alguns indivíduos, sem relação com as condições concretas de trabalho, sendo, especialmente, uma pré-condição genética. É o exemplo de Paulo, que sofre de ansiedade desde a infância, e Cido, que afirma ter herdado esta característica da mãe. Felipe afirma não dormir bem sempre que se aproxima a data de entrega de um trabalho, mas informa que “ser acelerado” é próprio da sua natureza. No entanto, a insônia é tida como um dos principais sintomas da ansiedade³².

Este desconhecimento dos trabalhadores a respeito da saúde mental e seus agravos é um elemento que compromete a busca por ajuda. Daí a importância de ações educativas que abordem estes temas nos canteiros de obras, inclusive, por meio das trocas das experiências vividas³¹, levando à maior aceitabilidade dos trabalhadores quanto aos distúrbios psiquiátricos.

Rotina de trabalho

Quanto às atividades diárias, verificamos que os trabalhadores estão sujeitos a alto grau de repetitividade das tarefas. Pedro, 33 anos, alega: “[...] eu mexo na parte da pintura, então, a rotina do dia a dia é o mesmo serviço: passar a massa, lixar, passar a tinta e pintar. Não faço outro serviço se não for na área da pintura” (Pedro).

Além da repetição, as atividades realizadas por trabalhadores da construção civil envolvem exposição a vibrações (movimentos oscilatórios do corpo sobre o seu ponto de equilíbrio), transporte de cargas pesadas, grande dispêndio de força e adoção de postura inadequada, podendo causar distúrbios musculoesqueléticos³³. Vejamos a experiência de Lucas, que, com 22 anos, é o entrevistado mais jovem: “Eu estava sentindo umas dores no braço. Aí eu fui no médico ver o que que era, fiz exame tudo, mas não apareceu nada não, a doutora falou que, às vezes, era alguma coisa assim de fazer muito esforço”.

Embora a dor seja um elemento banalizado entre os trabalhadores da construção civil, constitui o principal sintoma e fator limitante ocasionado pelos distúrbios musculoesqueléticos, podendo, em casos mais graves, causar limitação física e afastamento da atividade laboral³⁴. Eduardo, 42 anos, afirma sentir dor nas costas em decorrência do trabalho, mas banaliza: “Todo ser humano tem dor de coluna, é normal”.

A normalização do adoecimento em decorrência das atividades laborais³⁴ pode ser resultante da falta de perspectiva de muitos trabalhadores, que, por atuarem na construção há muitos anos, não têm experiência em outros tipos de serviço, restando-lhes aceitar o caráter fisicamente desgastante de seu ofício.

Estilo de vida

O estilo de vida corresponde aos comportamentos individuais, expressos em rotinas, mutáveis ou não ao longo da vida³⁵, podendo ser promotores ou comprometedores da saúde. Buscamos conhecer o estilo de vida dos entrevistados, especialmente se praticavam atividades físicas e se consumiam substâncias viciantes, como o álcool e o tabaco.

A prática de atividade física, realizada em momentos de lazer, traz inúmeros ganhos para a saúde e qualidade de vida³⁶, mas muitas pessoas não entendem essas vantagens. Como podemos verificar no depoimento de Mário:

Antigamente eu fazia esse negócio de academia, quando era mais novo, mas depois com o passar do tempo você vai ficando meio velho já não quer fazer mais nada. Só que o trabalho te dá uma condição de exercício, você sobe escada, você sobe e desce andaime, então assim o exercício é na obra. Na obra você já faz o exercício necessário, tanto é que você fica cansado.

Apesar de a construção civil exigir esforços físicos, essas tarefas não apresentam os benefícios da atividade física realizada em momentos de lazer. Ademais, esforços físicos realizados no trabalho podem causar sintomas musculoesqueléticos, ao passo que atividades de lazer, além de contribuírem para a diminuição de dores provenientes do trabalho³³, auxiliam no tratamento da depressão³⁷ e na redução de doenças cardiometabólicas³⁶. Trata-se, portanto, de procedimentos distintos.

Apenas quatro entrevistados realizam atividades físicas voltadas para a saúde, sendo citadas: futebol, caminhada, corrida e pedalada de bicicleta. Um entrevistado afirmou que está pensando em se matricular em uma academia; e outro afirmou tê-la abandonado devido ao coronavírus, confirmando estudo de Crochemore-Silva (2020)³⁸ que associou o advento da pandemia à dificuldade da prática de exercícios físicos.

Empiricamente, o horário de trabalho também compromete a prática de exercícios físicos de forma rotineira. Os que não têm vínculo formal de trabalho são os mais exigidos para jornadas de trabalho que excedem as oito horas diárias. Por isso, dentre os entrevistados que praticam atividade física, dois só o fazem aos sábados. Leve-se ainda em conta que a construção civil demanda desgaste físico intenso, restando, assim, pouca disposição para atividades físicas após a jornada de trabalho; conforme apontou Eduardo, de 42 anos: “Não pratico esses negócios aí não. Eu pratico mais só chegar em casa e deitar, a única coisa que eu faço na vida é só isso aí, outra coisa eu não faço”.

O incentivo para a prática de atividades física nos momentos de lazer pode se dar no próprio canteiro de obras, por meio de intervenções de atividade física, como, por exemplo, a ginástica laboral, de modo que os trabalhadores percebam melhoras nas dores musculoesqueléticas provenientes de seu trabalho e assim conheçam os benefícios de se exercitarem³³.

Buscando entender melhor sobre o estilo de vida, os trabalhadores foram questionados a respeito do uso de bebidas alcoólicas, doze disseram fazer uso; sendo dez de forma moderada; dois de modo frequente e dois não consomem. Para alguns, como Eduardo, 42 anos, beber após o serviço é uma rotina: “(...) de tardezinha eu bebo uma cervejinha, uma pinga e depois eu vou para casa. Fim de semana que eu gosto de encher mais a cuca”.

De modo geral, os trabalhadores da construção civil tendem a subestimar os efeitos do álcool³⁹. No entanto, essa substância, além de dificultar a tomada de decisões, induz à adoção de atos inseguros, podendo levar a quedas de nível, choques elétricos, queimaduras e outros agravos, inclusive com desfecho fatal²³. Quando se trabalha em um ambiente em que o uso de

álcool é aceitável pelos colegas, há maior estímulo para o consumo²³. Daí a importância, segundo estes autores, de ações educativas que abordem os riscos trazidos pelo álcool e outras drogas à saúde e à segurança do trabalhador.

Quanto aos produtos derivados do tabaco observa-se, mundialmente, que desde há pelo menos três décadas, tem havido diminuição progressiva de uso⁴⁰. No Brasil, o consumo de cigarro é mais comum em homens, na faixa etária entre 40 a 59 anos, menos escolarizados, de menor renda e de cor de pele preta ou parda⁴¹. Trata-se de um perfil sociodemográfico facilmente encontrado nos canteiros de obras, como exemplifica o presente estudo. Entretanto, para essa amostra, verificamos que apenas três entrevistados eram fumantes e tinham consciência dos riscos:

Eu fumei cigarro vinte anos e graças a Deus faz dez anos que eu parei, então assim mudou totalmente minha vida. Até o paladar. (Fabiano)

Fumo, desde os 9 anos. Quando dá vontade eu gosto de dar um pito num cigarro. Você já fumou algum dia? Não fuma não, cigarro não é bom para saúde. Eu tinha vontade de parar de fumar. (Eduardo)

Apesar de em nosso estudo os entrevistados se mostrarem pouco conscientes em relação às consequências do uso de cigarros, entendemos a importância de se abordar com os trabalhadores da construção civil quais são os riscos do tabagismo, em especial, porque há poucas medidas com o objetivo de enfatizar as doenças crônicas a ele relacionadas⁴².

Relacionamento com o setor saúde

Procuramos conhecer como os entrevistados cuidavam da própria saúde. Somente dois disseram ir ao médico pelo menos uma vez ao ano para fazer os exames de rotina, enquanto doze afirmaram só procurar ajuda médica quando doentes. Disse Felício, 34 anos: “só vou quando eu passo mal. Acho que tem uns dois anos que eu não sei o que é ir no médico”.

Os homens apresentam resistência a procurar pelos serviços de saúde e isso está associado a medo, vergonha, impaciência e a questões de gênero⁴³. No Brasil, a construção civil é um ambiente muito machista⁴⁴. O modelo de masculinidade hegemônica tão presente em nossa sociedade percebe a busca por cuidados como uma forma de vulnerabilidade^{43,45}. Daí a importância de estratégias que promovam equidade e desconstruam os estereótipos de gênero como forma de estimular a população masculina a cuidar melhor da saúde⁴⁶.

Também é necessário levar em consideração que sete dos entrevistados trabalhavam na informalidade, recebendo salário por diária ou de acordo com a produtividade acordada em contrato de empreitada; fator que igualmente influencia a baixa procura dos trabalhadores por atendimento médico, pois a falta ao trabalho pode comprometer tanto o prazo de entrega da obra, quanto o salário ao final do mês. Por isso, vale à pena reproduzirmos a fala de Pedro, 33 anos: “A minha relação de ir no médico é complicada, eu só vou mesmo se eu estiver muito doente”.

Ações preventivas e promotoras de saúde devem ser estimuladas. É importante que os trabalhadores entendam que o adoecimento não está relacionado somente com a presença de sintomas⁴⁴; como compreendeu Cido:

A última vez que eu fiz os exames de rotina estava tudo ok. Mas depois deixei o tempo passar e quando voltei no médico estava com vários problemas de saúde. A mesma coisa acontece com a planta, se você não rega ela, não aduba, ela vai morrendo aos poucos. Com a gente é a mesma coisa, então tem que se cuidar.

A ausência de sintomatologia não significa necessariamente saúde, mas esta é uma ideia ainda pouco aceita. Conforme se vê na fala do entrevistado, ter saúde é não se sentir doente.

Promoção da saúde do trabalhador

Relacionamento com o setor de saúde ocupacional

Entendendo os inúmeros riscos ocupacionais que os trabalhadores da construção civil estão sujeitos diariamente, procuramos compreender sobre o relacionamento deles com o setor de serviços de saúde ocupacional. O médico do trabalho e demais profissionais da saúde que atuam no meio ocupacional são importantes para a redução do adoecimento em decorrência do trabalho, sendo responsáveis pela promoção e preservação da saúde dos trabalhadores⁴⁷.

Por norma, o serviço de saúde ocupacional deve realizar exames específicos de saúde de acordo com os riscos ocupacionais aos quais os operários são expostos. Tais exames devem ser feitos periodicamente, para avaliação da saúde e capacidade de trabalho dos indivíduos⁴⁷. Apesar de o foco desses exames estar voltado ao adoecimento em decorrência do trabalho, eles também são responsáveis por avaliar fatores de risco relacionados ao comportamento de saúde

e estilo de vida dos trabalhadores, consistindo, dessa forma, em uma importante estratégia de orientação e promoção de saúde⁴⁸.

A norma regulamentadora responsável pelo controle médico e saúde ocupacional dos trabalhadores é a NR – 7⁴⁷. Essa normativa deve ser seguida obrigatoriamente por empresas que admitam trabalhadores como empregados, ou seja, funcionários com vínculo de trabalho formal. Os resultados desta pesquisa apontam que, de fato, isso é seguido por empresas com trabalhadores formais, pois todos os entrevistados registrados disseram passar pelo médico do trabalho a cada seis meses. Em contrapartida, nenhum dos trabalhadores informais disseram frequentar os serviços de saúde ocupacional.

Se compararmos o número de trabalhadores que vão ao médico do trabalho, em número de 7, àqueles com um bom relacionamento com o setor saúde, 2 operários, conforme já discutido, verificamos um maior número de adeptos à primeira opção. Desse modo, podemos afirmar que o médico do trabalho é, para muitos, o único contato com um serviço médico especializado em cuidados de saúde. Além disso, os trabalhadores que informaram ir ao médico anualmente fazer exames de rotina são funcionários registrados, ou seja, também têm acesso aos serviços de saúde ocupacional. Em tese, essa tomada de posição está relacionada ao fato de que esses serviços são importantes na promoção da saúde e, conseqüentemente, no entendimento, por parte do trabalhador, da importância em cuidar da saúde.

Por isso, buscamos compreender essa relação entre o cuidado com a saúde e a questão do vínculo empregatício. Isso porque, segundo os resultados, trabalhadores informais não têm acesso aos programas de controle médico e saúde ocupacional, identificados como fatores importantes no cuidado da saúde. Somam-se a isso as jornadas de trabalho mais extensas e o maior grau de insegurança a que estão sujeitos, por não serem “protegidos” pela legislação trabalhista, acentuando o nível de vulnerabilidade ao adoecimento ao qual se tornam passíveis⁷.

Conclusões

Constatamos que o entendimento de saúde para os trabalhadores da construção civil está diretamente relacionado à sua capacidade para o trabalho. Em resumo, para os entrevistados, saúde é não ter doença que os impeça de exercer suas atividades laborais. Desse modo, por se tratarem de profissionais atuantes na profissão, eles possuem uma autopercepção positiva sobre sua saúde.

Ademais, no intuito de compreendermos as representações de saúde feitas pelos trabalhadores, de modo mais amplo, analisamos a forma como significam os seguintes aspectos: a saúde mental; o estilo de vida; e o relacionamento com o setor saúde – fatores de relevância para um contexto laboral próspero e capaz de promover a saúde e o bem-estar de seus integrantes.

A saúde mental foi pouco abordada nas falas dos trabalhadores que, embora apresentassem sintomas de ansiedade com relação ao trabalho, não os identificavam.

Apesar de se considerarem saudáveis, o estilo de vida dos entrevistados não é promotor de saúde. Um exemplo disso é o baixo número de trabalhadores que praticava atividades físicas. Isso se deu por não conhecerem os benefícios de exercícios físicos de lazer; por considerarem que o trabalho dá a eles o condicionamento físico necessário, e por se sentirem indispostos após o expediente, devido ao alto grau de energia despendido nas atividades laborais.

Quanto ao uso do tabaco, observou-se que poucos entrevistados fazem uso de cigarro, acompanhando o movimento de redução de fumantes no Brasil e no mundo devido ao maior conhecimento de seus malefícios.

Já em relação à bebida alcoólica, a maioria dos entrevistados (10) informou beber, embora apenas dois o façam com frequência. Reforçamos que o uso abusivo de álcool, além de causar malefícios à saúde, pode provocar comportamentos inseguros no trabalho, aumentando a ocorrência de acidentes e adoecimento no contexto profissional.

Quanto ao relacionamento com o setor saúde, somente dois entrevistados disseram ir ao médico anualmente fazer exames de rotina. Isso é resultado do pensamento por parte dos trabalhadores de que saúde é ausência de doenças, não entendendo a importância de ações preventivas e promotoras de saúde. Cabe ressaltar: os entrevistados que apresentaram um bom relacionamento com o setor saúde também vão ao médico do trabalho semestralmente. Isso mostra que o sistema de saúde ocupacional tem papel fundamental, não somente na prevenção de doenças, mas, também, na conscientização dos trabalhadores em cuidar da saúde.

Contudo, apesar de importante para a proteção da saúde, serviços de saúde ocupacional são apenas usufruídos pelos entrevistados com vínculo de trabalho formal, fato que torna os trabalhadores informais ainda mais vulneráveis aos riscos de adoecimento por conta de suas funções.

Por fim, reforçamos serem necessárias ações educativas no canteiro de obras, principalmente naqueles onde os trabalhadores são informais, salientando a importância de um estilo de vida saudável, no propósito de um entendimento mais amplo do processo

saúde/adoecimento, assimilando a importância de ações preventivas e promotoras de saúde. Ademais, ações governamentais devem ser realizadas para aumentar a proteção da saúde de trabalhadores informais.

Referências

1. Hobsbawm EJ. *A era das revoluções*, 45ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2012.
2. Gaspar RC. A trajetória da economia mundial: da recuperação do pós-guerra aos desafios contemporâneos. *Cad Metr pole* [Internet]. Maio 2015 [citado 11 Jan 2022];17(33):265-96. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cm/a/rbnKdf7jR6gT3mLbcQmNgKG/abstract/?lang=pt>
3. Sertyeřiliřik B. Tendências globais na indústria da constru o: desafios do emprego. In: *Manual de Pesquisa sobre Desemprego e Sustentabilidade do Mercado de Trabalho na Era da Globaliza o*. IGI Global; 2017. pág. 255-274.
4. Bridi ME, Formoso CT, Pellicer E, Fabro F, Castello MEV, Echeveste MES. Identifica o de práticas de gestão da segurança e saúde no trabalho em obras de constru o civil. *Ambient Constr* [Internet]. September 2013 [citado 10 Jan 2022];13(3):43-58. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ac/a/ZGhPRGJtMXtPt39JJcdzXFt/?lang=pt>
5. Esmail RY, Sakwari GH. Occupational Skin Diseases among Building Construction Workers in Dar es Salaam, Tanzania. *Ann Glob Health* [Internet]. September 2021 [cited 2022 Jan 14];87(1):92. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8462472/>
6. Mrema EJ, Ngowi AV, Mamuya SHD. Situa o da saúde e segurança ocupacional e desafios relacionados na economia em expansão da Tanzânia. *Ann Glob Heal*. 2015:538-47.
7. Antunes R, Praun L. A sociedade dos adoecimentos do trabalho. *Serv Soc Soc* [Internet]. Setembro 2015 [citado 14 Maio 2020];(123):407-27. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/cbc3JDzDvxTqK6SDTQzJLJP/?lang=pt&format=pdf>
8. Lingard H, Turner M. Melhorando a saúde dos trabalhadores da constru o civil: uma perspectiva socioecológica. *Construction Manage Econ*. 2015;33:18-34.
9. Damasceno NFP, Malvezzi E, Sales CM, Sales, A. A narrativa como alternativa na pesquisa em saúde. *Interface* [Internet]. Julho 2018 [citado 28 Dez 2021];22(64):133-40.

- Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2017.nahead/10.1590/1807-57622016.0815/>
10. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021 [citado 8 Jan 2022], v. 34, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/?format=pdf&lang=pt>
 11. Cardano M. *Manual de pesquisa qualitativa: a contribuição da teoria da argumentação*, Tradução Elisabeth da Rosa Conil. Petrópolis, RJ: Vozes; 2017.
 12. Kumar N, Sharma S. Survey Analysis on the usage and Impact of Whatsapp Messenger. *Glob. J. Enterp. Inf. Syst* [Internet] April 2017 [cited 2021 Jun];8(3):52-7. Available from: <http://www.informaticsjournals.com/index.php/gjeis/article/view/15741>.
 13. Costa BRL. Bola de Neve Virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. *RIGS* [Internet] 2018 [citado 17 Jun 2021];7(1):15-37. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/rigs/article/view/24649>
 14. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm* [Internet] February 2018 [cited 2021 Nov 12];71(1):228-33. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SrfhX6q9vTKG5cCRQbTFNwJ/?lang=en>
 15. Challouts CU, Toledo ET, Silva TMG. *A violência, a pandemia e as mulheres: (in)certezas em tempos de COVID-19 - olhares interdisciplinares sobre a pandemia de covid-19: abordagens para a promoção da saúde*. Maringá: Massoni; 2020. v. 1, pág. 93-114.
 16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
 17. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*, 11ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2015.
 18. Silva TMG, Bernuci MP, Marques AG, Garcia LF, Tolotti NGR, Silva ATC. Violência praticada por parceiros íntimos e saúde: representações de mulheres de um município do Paraná. *Rev Saúde (Sta. Maria)*. [Internet]. Abril 2020 [citado 14 Maio 2020];46(1):1-12. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/41999>
 19. Tuomi K, Ilmarinen J, Janhkola A, Katajarinne L, Tulkki A. *Índice de capacidade para o trabalho*, Traduzido por Frida Marina Fischer. São Carlos: EdUFSCar; 2005.
 20. Bezerra IMP, Sorpreso ICE. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. *J. Hum. Growth Dev.* [Internet]. Janeiro 2016 [citado 14

- Maio 2020];26(1):11-20. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12822016000100002
21. George F. *Sobre determinantes da saúde*. [Internet]. 2011. Lisboa, Portugal: Serviço Nacional de Saúde; [citado 11 Jan 2022]. Disponível em: <http://bit.ly/2vZqVke>
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
 23. Roche AM, Chapman J, Duraisingam V, Phillips B, Finnane J, Pidd K. Construction workers' alcohol use, knowledge, perceptions of risk and workplace norms. *Drug and alcohol review* [Internet]. April 2020 [cited 2022 Jan 8];39(7):941-9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/dar.13075>
 24. Dash SR, Hoare E, Varsamis P, Jennings GLR, Kingwell BA. Sex-specific lifestyle and biomedical risk factors for chronic disease among early-middle, middle and older aged Australian adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. January 2019 [cited 2020 May 14];16(2):224. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/2/224>.
 25. Nguyen B, Bauman A, Ding D. Association between lifestyle risk factors and incident hypertension among middle-aged and older Australians. *Prev med* [Internet]. January 2019 [cited 2020 May 14];118:73-80. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0091743518303128>
 26. Biggs HC, Williamson AR, Davey TM. The role of education and awareness in workplace alcohol and drug use in the Australian construction industry: proposed program of research and preliminary results. *Vulnerable Groups & Inclusion* [Internet]. April 2012 [cited 2020 May 14];3(1):17284, 2012. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/vgi.v3i0.17284>
 27. Burle NLO, Mancini PC, Costa NB, Lemos AMM, Martins TF, Meira AL. Triagem otoneurológica em operários da construção civil que executam trabalho em altura. *Rev CEFAC* [Internet]. Fevereiro 2016 [citado 14 Dez 2021];18(1):2-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-021620161814815>.
 28. Lee N, Roche A, Duraisingam V, Fischer J, Cameron J. Effective interventions for mental health in male-dominated workplaces. *Ment Health Rev* [Internet]. December 2014 [cited

- 2020 May 14];237-50. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/MHRJ-09-2014-0034/full/html>
29. Beswick J, Rogers K, Corbett E, Binch S, Jackson K. *Uma análise da prevalência e distribuição de tensão na indústria de construção*. Buxton, Reino Unido: Executivo de Saúde e Segurança; 2007.
30. Pidd K, Duraisingam V, Roche A, Trifonoff A. Young construction workers: substance use, mental health, and workplace psychosocial factors. *Adv Dual Diagn* [Internet]. November 2017 [cited 2020 May 14];10(4):155-68. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/ADD-08-2017-0013/full/html>
31. Chapman J, Roche AM, Duraisingam V, Ledner B, Finnane J, Pidd, K. Exploring the relationship between psychological distress and likelihood of help seeking in construction workers: the role of talking to workmates and knowing how to get help. *Work* [Internet]. January 2020 [cited 2021 dec 14];47-54. Available from: <https://content.iospress.com/articles/work/wor203251>
32. Bowen P, Govender R, Edwards P, Cattell K. Contato relacionado ao trabalho, conflito trabalho-família, sofrimento psicológico e problemas de sono experimentados por profissionais de construção: um modelo explicativo integrado. *Construir. Gerir. Econ* 2018;36(3).
33. Caban-Martinez AJ, Lowe KA, Herrick R, Kenwood C, Gagne JJ, Becker JF, et al. Construction workers working in musculoskeletal pain and engaging in leisure-time physical activity: Findings from a mixed-methods pilot study. *Am J Ind Medicine* [Internet]. April 2014 [cited 2020 May 14];57(7):819-25, 2014. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ajim.22332>
34. Dale AP, Dias MDA. A ‘extravagância’ de trabalhar doente: o corpo no trabalho em indivíduos com diagnóstico de LER/DORT. *Trab educ saúde* [Internet]. Abril 2018 [citado 14 Maio 2020];16(1):263-82. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/N39LQQ5cGjLWKFj45Dgmxf/?lang=pt>
35. Madeira FB, Filgueira DA, Bosi MLM, Nogueira JAD. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. *Saúde Soc* [Internet]. Março 2018 [citado 14 Maio 2020];27(1):106-15. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2018.v27n1/106-115/>
36. Pitanga FJG, Matos SMA, Almeida MCC, Patrão AL, Molina MCB, Aquino EML. Association between leisure-time physical activity and sedentary behavior with

- cardiometabolic health in the ELSA-Brasil participants. *Sage Open Medicine* [Internet]. January 2019 [cited 2020 May 14];7:2050312119827089. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2050312119827089>.
37. Morres ID, Hatzigeorgiadis A, Stathi A, Comoutos N, Arpin-Cribbie C, Krommidas C, et al. Aerobic exercise for adult patients with major depressive disorder in mental health services: A systematic review and meta-analysis. *Depression anxiety* [Internet]. October 2019 [cited 2020 May 14];36(1):39-53. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/da.22842>
38. Crochemore-Silva I, Knuth AG, Wendt A, Nunes BP, Hallal PC, Santos LP, et al. Prática de atividade física em meio à pandemia da COVID-19: estudo de base populacional em cidade do sul do Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. Novembro 2020 [citado 14 Dez 2021];25(11):4249-58. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VgMDpDhJLhhVKGq5CJLqJGR/?lang=pt>
39. Strickland JR, Wagan S, Dale AM, Evanoff BA. Prevalence and perception of risky health behaviors among construction workers. *J Occup Environ Med* [Internet]. July 2017 [cited 2020 May 14];59(7):673. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5507064/>
40. Instituto Nacional do Câncer (Inca). Dados e números de prevalência do tabagismo. In: Instituto Nacional do Câncer (Inca). *Observatório da Política Nacional de controle do tabaco*. [Internet]. Brasília, DF: Instituto Nacional do Câncer; 2021. [citado 14 Maio 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>
41. Malta DC, Gomes CS, Andrade FMD, Prates EJS, Alves FTA, Oliveira PPV, et al. Tobacco use, cessation, secondhand smoke and exposure to media about tobacco in Brazil: results of the National Health Survey 2013 and 2019. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2021 [cited 2022 jan 8];24(supl.2). Available from: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/LSSdnQRJjMxC7mTRzzRhRgS/?format=pdf&lang=en>
42. Xia N, Lam W, Tin P, Yoon S, Zhang N, Zhang W, et al. Patterns of cancer-related risk behaviors among construction workers in Hong Kong: a latent class analysis approach. *Saf Health Work* [Internet]. March 2020 [cited 2022 jan 8];11(1):26-32. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S209379111930647X>

43. Teixeira DBS. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. *Rev Cub Enferm* [Internet]. 2016 [citado 13 Ene 2022];32(4). Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/985>
44. Challouts CU, Elias MLGG, Silva TM. Desigualdades de gênero, campos de conhecimento e atuação profissional de engenheiras civis. *Rev CESUMAR Ciênc Hum Soc Aplicad* [Internet]. Dezembro 2019 [citado 14 Maio 2020];24(2):399-417. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revcesumar/article/view/7547/6182>
45. Quirino T, Medrado B, Lyra J. Atenção em saúde aos homens no cotidiano da atenção básica: diálogos com usuários e profissionais. *Athenea Digital* [Internet]. Novembro 2016 [citado 14 Maio 2020];16(3):481-506. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/537/53748488023.pdf>.
46. Albuquerque GA, Leite MF, Belém JM, Nunes JFC, Oliveira MA, Adami F. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. *Esc Anna Nery* [Internet]. Dezembro 2014 [citado 14 Maio 2020];18(4):607-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/7JLPvVtNBXPhzbDrWvjqTWJ/?lang=pt>.
47. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. *Portaria Nº 6734 de 9 de março de 2020*: Norma regulamentadora 07: Programa de controle médico de saúde ocupacional PCMSO. Diário Oficial da União; 2020, 13 março.
48. Hakola R, Leino T, Luukkonen R, Kauppi P. Occupational health check-ups and health-promoting programs and asthma. *BMC Public Health*. [Internet] August 2020 [cited 2022 jan];31;20(1):1313. Available from: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09403-z>

4.4. Normas do Artigo 02

Cadernos de saúde Pública

Escopo da revista: Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. A revista destina-se à publicação de artigos científicos voltados para a produção de conhecimento no campo da Saúde Coletiva. CSP também tem como objetivo fomentar a reflexão crítica e o debate sobre temas da atualidade relacionados às políticas

públicas e aos fatores que repercutem nas condições de vida e no cuidado de saúde das populações.

Instruções aos autores

Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa.

Normas para envio dos artigos:

- A CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.
- Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
- Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.
- A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas.
- Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

Fontes de financiamento

- Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
- No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

Conflito de interesses

Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

Colaboradores e ORCID

- Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.
- Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.
- Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

Agradecimentos

- Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

Referências

- As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

- Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).
- No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

Nomenclatura

- Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Ética e integralidade em pesquisa

- A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.
- Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.
- O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.
- CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a presente pesquisa, foi possível constatar que apesar de se considerarem saudáveis, os trabalhadores da construção civil mantêm um estilo de vida pouco efetivo quanto à promoção da saúde. De acordo com os entrevistados, estar saudável é não ter doença que os impeça de exercer suas atividades laborais, evidenciando um entendimento muito limitado do conceito. Tal pensamento faz com que a procura por serviços de saúde por parte desses trabalhadores ocorra com pouca frequência, só se dando quando os sinais de patologia se apresentam de forma perceptível.

A partir de uma abordagem sobre questão da saúde laboral, em nosso trabalho, atentamos, em especial, para os trabalhadores com vínculos informais. Isso porque a informalidade foi identificada como um fator comprometedor da saúde dos trabalhadores, os quais apresentam níveis de estresse e sobrecarga bem maiores em relação àqueles com registro formal.

Ainda, foi possível perceber que ações de promoção da saúde nos canteiros de obras e relacionamento com o serviço de saúde ocupacional só ocorrem com os trabalhadores de vínculo formal. Tal fato permite que esses trabalhadores apresentem maior consciência a respeito dos riscos laborais e da importância em cuidar da saúde de forma preventiva. Por sua vez, o pouco conhecimento dos trabalhadores informais sobre aspectos relacionados à saúde torna-os mais vulneráveis aos riscos de adoecimento por conta de suas funções.

Nesse aspecto, ressaltamos que ações governamentais devem ser realizadas para aumentar a proteção da saúde de trabalhadores informais quanto às normas de segurança no ambiente de trabalho, bem como precisam orientar sobre os hábitos de alimentação saudável, prática contínua de exercícios físicos e demais realizações de empoderamento em saúde, conforme proposição da Política Nacional da Promoção da Saúde.

6. REFERÊNCIAS

AGUIAR, L.; VASCONCELLOS, L. C. F. de. A gestão do Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador: o direito que se tem e o direito que se perde. *Saúde em Debate*, v. 39, p. 830-840, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00830.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

AMARO, M. C.; DA SILVA FILHO, L. A.; DOS SANTOS, F. V. D. A mulher no mercado de trabalho formal da construção civil brasileira. *Revista de Desenvolvimento Econômico – RDE* - Ano XVIII - V.1 - N. 33, p. 132 – 153, 2016. Disponível em: <<https://revistas.unifacs.br/index.php/rde/article/viewFile/4161/2914>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

AMORIM, L. D. A. et al.. Vigilância em saúde do trabalhador na atenção básica: Aprendizagens com as equipes de saúde da família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 10, p. 3403–3413, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n10/3403-3413/pt/>>. Acesso em: 17 jun. 2021.

ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos do trabalho. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 123, p. 407-427, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/cbc3JDzDvxTqK6SDTQzJJLP/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 14 maio de 2020.

AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Unesp, Rio de Janeiro: FioCruz, 2003.

ARTUR, K. Participação e direito à saúde dos trabalhadores. *Saúde soc.*, São Paulo. v. 24, n. 3, p. 853-868, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000300853&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 fev. de 2021.

AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais. In: BARROS, S.; CAMPOS, P. F. S.; FERNANDES, J. J. S. (Org.). *Atenção à saúde de populações vulneráveis*. Barueri: Manole, 2014. p. 1-25

BANDINI, M. Por que promover saúde no trabalho? *Revista Proteção*, 2014.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BOCKORNI, B. R. S.; GOMES, A. F. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. *Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR*, Umarama, v. 22, n. 1, p. 105-117, jan./jun. 2021. Disponível em: Acesso em: <<https://revistas.unipar.br/index.php/empresarial/article/view/8346>>. 11 jan. 2022.

BORSOI, I. C. F. Vivendo para trabalhar: do trabalho degradado ao trabalho precarizado. *Convergência*, Toluca, v. 18, n. 55, p. 113-133, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352011000100005&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2021.

BOURDIEU, Pierre. A escola conservadora: as desigualdades frente à escola e à cultura. In: NOGUEIRA, Maria Alice; CATANI, Afrânio (org.). *Escritos de educação*. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 39-64.

BOURDIEU, P. *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus, 1996;

BRASIL. *Decreto no. 7602, de 7 de novembro de 2011*. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm>. Acesso em: 03 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Relatório Final*. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. *II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Relatório Final*. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013*. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012*. Institui a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Lista de doenças relacionadas ao trabalho: Portaria n.º 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999 / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas*. – 2. ed. – Brasília: do da Editora Ministério Saúde, 2008. 140 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

BRASIL. Ministério do trabalho e emprego. *Portaria Nº 3733 de 10 de fevereiro de 2020: Norma regulamentadora 18 - Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção*. Brasília, 2020a.

BRASIL. Ministério do trabalho e emprego. *Portaria Nº 6734 de 9 de março de 2020: Norma regulamentadora 07 - Programa de controle médico de saúde ocupacional PCMSO*. Brasília, 2020b.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Portaria Nº 510 de 29 de abril de 2016: Norma Regulamentadora 4 – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho*. Brasília (DF): MTE; 2016.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). *Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978*. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Diário Oficial da União 1978 ago. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/1978/p_19780608_3214.pdf. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério público do trabalho. *Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho – ODSST*. 2020c. Disponível em <https://observatoriosst.mpt.mp.br/>. Acesso em: 22 de junho de 2020.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 25 out. 2021.

BRITO J.; ATHAYDE, M. Comunidade ampliada de pesquisa – intervenção – CAPI: História dos dispositivos e novas pistas. In: ODDONE et al. (Org.). *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. (tradução Salvador Obiol de Freitas). – 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2020, p.263-276.

BUSS, P. M. et al.. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020001204723&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2021.

CAGED. *Cadastro Geral de Emprego e Desemprego*. Dados estatísticos. Ministério do Trabalho e Emprego. Brasília, DF, 2020.

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

CHALLOUTS, C. U.; ELIAS, M. L. G. G; DA SILVA, T. M. Desigualdades de gênero, campos de conhecimento e atuação profissional de engenheiras civis. *Revista CESUMAR Ciências Humanas e Sociais Aplicadas*, v. 24, n. 2, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revcesumar/article/view/7547/6182>>. Acesso em: 3 nov. 2021.

CHEN, J.; NEO, P.: Enviando mensagens de texto para as águas: uma avaliação de grupos de foco conduzida por meio do aplicativo de mensagens para smartphones WhatsApp. *Método Innov. Publicações SAGE*, v.12, n.3, 2019. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2059799119884276>>. Acesso em: 02 jul. 2021.

COCKELL, F. F. Da enxada à colher de pedreiro: trajetórias de vulnerabilidade social na construção civil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online], v. 14, n. 32, pp. 233, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000100020>>. Acesso em: 05 nov. 2021.

COSTA, A. M. et al.. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: movimento em defesa do direito à saúde. *Saúde em Debate*, v. 44, p. 135-141, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020S111>>. Acesso em: 25 jun. 2021.

COSTA, G. C. Construção civil: uma análise do quantitativo de acidentes de trabalho ocorridos na atividade de construção de edifícios durante o período de 2010 a 2012 (no Brasil). *Revista Tecnologia & Informação*, p. 54-64, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.unp.br/index.php/tecinfo/article/view/1314/871>>. Acesso em: 18 abr. 2021.

CYWINSKI, D. M.; PELICIONI, M. C. F. Mestres da Obra, Arte, Educação e Promoção da Saúde em Canteiros de Obra da Construção Civil. In: PELICIONI, M. C. F.; MIALHE, F. L. *Educação e promoção da saúde: teoria e prática*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Santos, 2019. Cap. 1, p. 03-15.

ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. Tradução: B. A. Schumann. São Paulo: Boitempo, 2010.

FARDOUSI, N.; DOUEDARI, Y.; HOWARD, N. Saúde sob cerco: Um estudo qualitativo das respostas dos profissionais de saúde ao direcionamento e cerco na Síria. *BMJ Open*. *BMJ Publishing Group*, v.9, n.9, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6731863/>>. Acesso em 02 jul. 2021.

FERREIRA FILHO, H. R.; RAMOS, N. C.; CASTRO, R. DA S. E. S. Risco, comportamento dos trabalhadores e acidentes de trabalho em uma construtora estabelecida na cidade de Redenção, PA, Brasil. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 2020. Disponível em: <<https://www.eumed.net/rev/ccss/2020/04/comportamento-trabalhadores-acidentes.html>>. Acesso em: 09 jan. 2021.

FINKELMAN, J. (Org). *Caminhos da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 328 p. 2002.

FRIAS JUNIOR, C. A. DA S. *A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação*. 135f. 1998. Dissertação (mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 135 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5279/2/ENSP_Disserta%20a7%20a3o_Frias%20Junior_Carlos%20Alberto%20da%20Silva.pdf>. Acesso em: 07 set. 2020.

GOMEZ, C. M. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configurações e transformações. In: Gomez, C. M., organizador. *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011, p.23-24.

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F. DE; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601963&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jan. 2021.

GOMES, H. P.; AREZES, P. M. F. M.; DE VASCONCELLOS, L. C. F. A qualitative analysis on occupational health and safety conditions at small construction projects in the Brazilian

construction sector. *DYNA (Colombia)*, v. 83, n. 196, p. 39–47, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/dyna/v83n196/v83n196a06.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2020.

GOMES, R. da S. *A produção social do infortúnio: acidentes incapacitantes na construção civil*. 86 f. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4696/2/ve_Rafael_Silveira_ENSP_2003>. Acesso em: 01 dez. 2020.

HNIZDO, E. et al. Worksite wellness program for respiratory disease prevention in heavy-construction workers. *J Occup Environ Med.*, p. 274–281, 2011.

JACKSON FILHO, J. M.; GARCIA, E. G.; SAITO, C. A. Sobre o projeto da Fundacentro para as próximas décadas. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo, v. 41, e14, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572016000100102&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2021.

JACKSON FILHO, J. M. et al.. Da segurança e medicina do trabalho à Saúde do Trabalhador: história e desafios da Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2041-2051, jul. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702041&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2021.

JASANI, P. et al. A study of morbidity profile amongst construction workers at selected construction sites in Surendranagar city. *International Journal of Medical Science and Public Health*, v. 6, n. 2, p. 1, 2017. Disponível em: <<https://www.bibliomed.org/mnsfulltext/67/67-1471070879.pdf?1641693995>>. Acesso em: 08 set. 2021.

KUMAR, N.; SHARMA, S. Survey Analysis on the usage and Impact of Whatsapp Messenger. *Global Journal of Enterprise Information System*, Bangalore, India, v. 8, n. 3, p. 52-57, apr. 2017. Disponível em: <<http://www.informaticsjournals.com/index.php/gjeis/article/view/15741>>. Acesso em: 17 jun. 2021.

LEITÃO, A. R. A Organização Internacional do Trabalho (OIT): quase um século de ação em contextos históricos diversos. *Laboreal*, Porto, v. 12, n. 1, p. 103-111, jul. 2016. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-52372016000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2021.

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador (Renast): uma rede que não enreda. *Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, p. 453-489, 2011.

MALTA, D. C. et al.. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 6, p. 1683–1694, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601683&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 fev. 2021.

MELEU, M.; MASSARO, A. L. O papel da O.I.T. frente aos desafios do mercado. *Rev. Direito Práx.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 2074-2105, July 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-89662017000302074&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 de fev. 2021.

MELLO, L. C. B. DE B.; AMORIM, S. R. L. DE. O subsetor de edificações da construção civil no Brasil: uma análise comparativa em relação à União Europeia e aos Estados Unidos. *Production* [online], v. 19, n. 2, pp. 388-399, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-65132009000200013>>. Acesso em: 30 nov. 2021.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde pública*, São Paulo, 25: 341-9, 1991.

MIALHE, F. L.; PELLICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Abordagens por Settings para a promoção da Saúde | Movimento de Cidades Saudáveis e Iniciativa da Escola Promotora de Saúde. In: PELICIONI, M. C. F.; MIALHE, F. L. (Eds.). *Educação e promoção da saúde: teoria e prática*. 2. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2019. p. 17–39.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. DA F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. S21-S32, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X199700600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2021.

MINAYO-GOMEZ, C.; VASCONCELLOS, L. C. F. DE; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601963&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 jan. 2021

MOSCOVICI, S. *Representações Sociais*. Investigações em psicologia social. Petrópolis: Editora Vozes, 2015.

NASCIMENTO, F. C.; SALIM, C. A. Política de prevenção de acidentes na construção civil: uma análise das práticas da inspeção do trabalho. *Rev. Psicol., Organ. Trab.*, Brasília, v. 18, n. 1, p. 299-305, mar. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572018000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2021.

NASCIMENTO, L. DE C. N. et al.. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 1, pp. 228-233, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>. Acesso em 12 nov. 2021.

ODDONE, I. et al.. O ambiente de trabalho, o manual sobre ambiente FML de 1971. In: ODDONE, et al.; *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. (tradução Salvador Obiol de Freitas). – 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2020. 291 p.

OIT. *Quase dois milhões de pessoas morrem a cada ano de causas relacionadas ao trabalho*. Organização Internacional do Trabalho. OIT/Brasília. 17 de setembro de 2021. Disponível em: <https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_820318/lang--pt/index.htm>. Acesso em: 26 nov. 2021.

Organização Mundial da Saúde. *9ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde*. Shangai: OMS, 2016.

Organização Mundial da Saúde. *8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde*. Helsinki: OMS, 2013.

Organização Mundial da Saúde. *7ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde*. Nairobi: OMS, 2009.

Organização Mundial da Saúde. *6ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde*. Bangkok: OMS, 2005.

Organização Mundial da Saúde. *5ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde*. México: OMS, 2000.

Organização Mundial da Saúde. *4ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde*. Jakarta: OMS, 1997.

Organização Mundial da Saúde. *3ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde*. Sundsvall: OMS, 1991.

Organização Mundial da Saúde. *2ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde*. Adelaide: OMS, 1988.

Organização Mundial da Saúde. *1ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde*. Ottawa: OMS, 1986.

PAIM, J. S. A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual. In: FIOCRUZ. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: 2008, p. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593-07.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

PENÃ, J. C. S. DE LA. Capital Social e Saúde - Análise Crítica e Implicações para a Promoção da Saúde na América Latina. In: PELICIONI, A. F.; MIALHE, F. L. (Eds.). *Educação e promoção da saúde: teoria e prática*. 2. ed. Rio de Janeiro: [s.n.]. p. 41–59.

PERONI, G. G. H.; MARTINS-SILVA, P. de O.; SILVA JUNIOR, A. da. Os Sentidos do Sindicalismo na Veja: o Período da Globalização e Neoliberalismo. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol.*, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p. 1-22, ago., 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202020000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2021.

PINA, J. A. et al.. Movimento operário na luta pela saúde no Brasil: O atrelamento sindical ao estado em questão. In: ODDONE et al. (Org.). *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. (tradução Salvador Obiol de Freitas). – 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2020, p. 263-276.

PRITCHARD, C. P.; MCCARTHY, A. Promovendo a saúde na indústria da construção? *Revista de Medicina do Trabalho e Ambiental*, p. 540 – 545, 2002.

RIBEIRO, C. T. M. et al. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 28, p. 43-48, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2010.v28n1/43-48/>>. Acesso em: 29 abr. 2021.

SANTOS, A. C. M. et al. Desvantagem auditiva psicossocial e fatores associados em trabalhadores do setor da construção em Mato Grosso, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, n. 3, p. 501-513, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/gGvrb5NPghZ8XvCQKfGckvm/?lang=pt>>. Acesso em: 14 nov. 2021.

SANTOS, A. P. M. B. DOS et al.. Fórum Intersindical de Formação em Saúde-Trabalho-Direito: uma comunidade ampliada de pares para caminhar na saúde do trabalhador. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, São Paulo, v. 44, e30, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572019000100605&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2021.

SANTOS FILHO, V. C. O trabalho da construção civil no brasil e os riscos aos quais os funcionários estão expostos: implementação de medidas de controle e sistemas de segurança no ambiente de trabalho. *e-RAC*, v. 6, n. 1, 2017. Disponível em: <<http://www.computacao.unitri.edu.br/erac/index.php/e-rac/article/download/645/522>>. Acesso em: 17 nov. 2021.

SCHMIDT, B.; PALAZZI, A.; PICCININI, C. A. 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: 02 jul. 2021.

SEGALEN, M. A Revolução Industrial: do proletário ao burguês. História da Família. v. 4. O Ocidente: Industrialização e Urbanização. Lisboa, Portugal: Ed. Terramar, 1986, p. 5-36.

SILVA, A.; FERRAZ, L.; RODRIGUES-JUNIOR, S. A. Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária no município de Chapecó, Santa Catarina. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, São Paulo, v. 41, e16, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572016000100209&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 fev. 2021.

SILVA, P. F. A. DA; BAPTISTA, T. W. DE F. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 91-104, Dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500091&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2021.

SILVA, C. M. C. et al.. Educação em Saúde e suas práticas ao longo da história brasileira. In: PELICIONI, M. C. F.; MIALHE, F. L. *Educação e promoção da saúde: teoria e prática*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Santos, 2019. Cap. 1, p. 03-15.

SILVA FILHO, P. L. et al. Prevalência e fatores associados a sintomas respiratórios em trabalhadores da construção civil: uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador. *Ver. Bras. Med. Trab.*, p. 119–129, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/49842/1/2019_art_plsilvafilho.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2021.

SILVA, M. L. L. et al. Riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores da construção civil. *Revista Bionorte*, v. 5, n. 38, p. 37–49, 2016. Disponível em: <https://www.revistabionorte.com.br/arquivos_up/artigos/a35.pdf>. Acesso em: 17 out. 2021

SILVA, N. DE M. E; TEIXEIRA, S. M. Trabalho e questão social no capitalismo contemporâneo: a política social capitalista e o fetiche do microempreendedorismo individual no Estado do Piauí. *Revista Políticas Públicas*, v. 19, n. 2, p. 625, 2016.

SOUZA, H. M. M. R. de. *Análise experimental dos níveis de ruído produzido por peça de mão de alta rotação em consultórios odontológicos: possibilidade de humanização do posto de trabalho do cirurgião dentista*. 107 f. 1998. Tese (Doutorado em Ciências na Área da Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1998. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4441/2/32.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2021.

TEIXEIRA, L. A.; PAIVA, C. H. A. Saúde e reforma sanitária entre o autoritarismo e a democracia. In: *História da saúde no Brasil*. 2018. p. 430-463. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/his-40758>. Acesso em: 20 nov. 2021.

VASCONCELLOS, L. C. F. DE; BONFATTI, R. J. O contexto brasileiro e o modelo operário italiano. In: ODDONE et al. (org). *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. (tradução Salvador Obiol de Freitas). – 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2020, p.263-276.

VASCONCELLOS, L. C. F. de. Vigilância em Saúde do Trabalhador: decálogo para uma tomada de posição. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 43, n. 1, p. 1–9, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbso/a/wjGkq7wwJgCY6wWFcgvP4Yd/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 09 mai. 2021.

VASCONCELLOS, L. C. F. DE; AGUIAR, L. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 41, n. 113, p. 605–617, abr. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LfrcYhb3bt7fHkD6gbzfY9f/abstract/?lang=pt#:~:text=Utiliza%2C%20como%20m%C3%A9todo%2C%20a%20an%C3%A1lise,pactua%C3%A7%C3%A3o%20e%20gest%C3%A3o%20do%20SUS>>. Acesso em: 09 dez. 2020.

VIANNA, L. C. R. et al.. Vigilância em Saúde do Trabalhador: um estudo à luz da Portaria nº 3.120/98. *Saúde em Debate*, v. 41, n. 114, pp. 786-800, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711409>>. Acesso em: 5 fev. 2021.

YE, G. et al. Understanding the Sociocognitive Process of Construction Workers' Unsafe Behaviors: An Agent-Based Modeling Approach. *Int J Environ Res Public Health*, v.17, n.4, 2020 Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7084719/>>. Acesso em: 23 nov. 2021.

ANEXO

Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
MARINGÁ - UNICESUMAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÃO DE TRABALHADORES DA CONSTRUÇÃO CIVIL SOBRE A RELAÇÃO ENTRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO E SUA SAÚDE

Pesquisador: CAROLINE URIAS CHALLOUTS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46513921.5.0000.5539

Instituição Proponente: Universidade Cesumar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.707.006

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, a ser realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com o objetivo de analisar a representação de trabalhadores da construção civil na região metropolitana de Maringá-PR sobre a relação entre as condições de trabalho e a sua saúde. A amostra será por conveniência e envolverá aproximadamente vinte profissionais do sexo masculino, que são maioria no setor, com idade igual ou superior a 18 anos, que desempenhem atividades nos canteiros de obras há mais de um ano. A observação será realizada em um canteiro de obras residencial e um predial, na região metropolitana da cidade de Maringá, noroeste do Paraná. Os dados serão analisados seguindo a perspectiva da análise de conteúdo de Bardin, com auxílio do software NVIVO 12. A perspectiva teórica seguirá uma abordagem interdisciplinar, se valendo de conceitos sociológicos, históricos, psicológicos e do âmbito da saúde. Espera-se, a partir da presente pesquisa, conhecer as reais condições de trabalho dos profissionais selecionados, identificar as fragilidades que comprometem a saúde dos mesmos e perceber se existem práticas efetivas de promoção da saúde no referido setor.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a representação de trabalhadores da construção civil na região metropolitana da cidade de Maringá-PR sobre a relação entre as condições de trabalho e a sua saúde. **Objetivo Secundário:** 1) Caracterizar as condições de trabalho dos entrevistados. 2)

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5º piso

Bairro: Jardim Adimação

CEP: 87.050-390

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3027-6360

E-mail: cep@unicesumar.edu.br

Continuação do Parecer: 4.707.006

Caracterizar as percepções dos colaboradores a respeito de sua saúde.3) Comparar as condições de trabalho relatadas pelos colaboradores com as estratégias de promoção da saúde definidas pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O fato de que se trabalhará com a memória dos sujeitos é possível que alguns dos integrantes se sintam desconfortáveis com as lembranças de experiências relacionadas á acidentes de trabalho vivenciados ou doenças ocupacionais. Tais fatos poderão gerar choro, tristeza e desconforto. Nesse caso, os pesquisadores deverão dar o devido tempo para que a pessoa se recomponha. **Benefícios:** Entende-se que discutir a promoção da saúde na construção civil ajudará a compreender até onde as Normas Regulamentadoras conseguem assegurar vida saudável a esses trabalhadores e refletimos sobre o que ainda precisa ser feito para promover saúde destes trabalhadores por meio de um ambiente de trabalho saudável.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nada a comentar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos estão apresentados corretamente.

Recomendações:

Nas conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Dou parecer pela APROVAÇÃO. Ao CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final sobre o andamento da Pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil, no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	06/05/2021		Aceito

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5º piso

Bairro: Jardim Adimação

CEP: 87.050-390

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3027-6360

E-mail: cep@unicesumar.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
MARINGÁ - UNICESUMAR**



Continuação do Parecer: 4.707.006

Básicas do Projeto	ETO_1740046.pdf	11:37:51		Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	06/05/2021 11:37:21	CAROLINE URIAS CHALLOUTS	Aceito
Folha de Rosto	FRCAROL.pdf	06/05/2021 11:18:52	CAROLINE URIAS CHALLOUTS	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	25/04/2021 19:00:20	CAROLINE URIAS CHALLOUTS	Aceito
Outros	OFICIO_CEP.pdf	25/04/2021 18:59:56	CAROLINE URIAS CHALLOUTS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	25/04/2021 18:59:10	CAROLINE URIAS CHALLOUTS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJ_DETALHADO.pdf	25/04/2021 18:56:27	CAROLINE URIAS CHALLOUTS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_LOCAL2.pdf	25/04/2021 18:54:27	CAROLINE URIAS CHALLOUTS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_LOCAL1.pdf	25/04/2021 18:53:53	CAROLINE URIAS CHALLOUTS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MARINGÁ, 12 de Maio de 2021

Assinado por:

**Sonia Maria Marques Gomes Bertolini
(Coordenador(a))**

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5º piso

Bairro: Jardim Adimação

CEP: 87.050-390

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3027-6360

E-mail: cep@unicesumar.edu.br

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é de analisar a representação de trabalhadores da construção civil da cidade de Maringá-PR e região metropolitana sobre a relação entre as condições de trabalho e a sua saúde.

Essa é uma pesquisa de Mestrado. Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: responder a algumas perguntas enviadas por *WhatsApp*. A entrevista será analisada de forma qualitativa.

Os riscos da pesquisa são basicamente os seguintes: cansaço devido ao tempo dispendido para responder às questões e algum desconforto frente aos questionamentos. Em contrapartida, os benefícios, ainda que não sejam diretos e a curto prazo, contribuirão para compreender as percepções dos trabalhadores da construção civil para com sua saúde e a relação com as condições de trabalho, podendo futuramente melhorar as condições profissionais e, conseqüentemente, de saúde dos mesmos.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Além disso, você pode desistir de sua participação e retirar seu consentimento a qualquer momento que desejar, sem qualquer prejuízo ou constrangimento.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Caroline Urias Challouts pelo telefone (44) 99101-3036 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unicesumar pelo telefone (44) 30276360 ramal 1345, ou no 5º andar do Bloco Administrativo, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Participante da pesquisa

Assinatura

Pesquisadores

Assinatura

Local e Data: _____

Anexo 3 – Declaração de Autorização 01**Maringá / PR, 22 / abril / 2021.****Ilma Sr.ª**

Prof.ª Dr.ª Sônia Maria Marques Gomes Bertolini

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UniCesumar)**UNICESUMAR – Centro Universitário de Maringá**

Prezada Coordenadora,

Eu, Júnior Mendes declaro, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado "Representações de trabalhadores da construção civil sobre a relação entre as condições de trabalho e sua saúde" sob a responsabilidade do(s) pesquisador (es) Caroline Urias Challouts, Tânia Maria Gomes da Silva e Lucas França Garcia autorizo que os trabalhadores da obra residencial localizada em Marialva, e de minha responsabilidade participarão da pesquisa se quiser.

Esperamos, outrossim, que os resultados produzidos possam ser informados a esta instituição por meio de Relatório anual enviado ao CEP ou por outros meios de praxe.

De acordo e ciente,

Assinatura do responsável
Júnior Mendes - 057.145.179-97

Anexo 4 – Declaração de Autorização 02**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO****Maringá / PR, 22 / abril / 2021.****Ilma Sr.ª**

Prof.ª Dr.ª Sônia Maria Marques Gomes Bertolini

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UniCesumar)**UNICESUMAR – Centro Universitário de Maringá**

Prezada Coordenadora,

Eu, Ruan Douglas Olivieri Silvério Candido declaro, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado "Representações de trabalhadores da construção civil sobre a relação entre as condições de trabalho e sua saúde" sob a responsabilidade do(s) pesquisador (es) Caroline Urias Challouts, Tânia Maria Gomes da Silva e Lucas França Garcia autorizo que os trabalhadores da obra predial localizada em Sarandi e de responsabilidade da Construtora LBX participarão da pesquisa.

Esperamos, outrossim, que os resultados produzidos possam ser informados a esta instituição por meio de Relatório anual enviado ao CEP ou por outros meios de praxe.

De acordo e ciente,

Assinatura do responsável

Ruan Douglas Olivieri Silvério Candido 073.326.159-08

Carimbo ou marca d'água

APÊNDICE

Apêndice A – Entrevistas Semiestruturadas

Nome:

Idade:

Cidade em que mora:

Grau de escolaridade:

Há quanto tempo trabalha na área:

Perfil profissional (pedreiro, servente, mestre de obras):

Vínculo de trabalho (informal, formal, terceirizado, MEI):

Horário de trabalho:

Já sofreu algum acidente de trabalho? Se sim, teve que se ausentar do trabalho por quanto tempo?

Características do ambiente de trabalho e da atividade laboral	Representações sobre sua saúde e estilo de vida	Promoção da saúde e saúde do trabalhador
<p>Como é o seu ambiente de trabalho?</p>	<p>O que você entende por saúde?</p> <p>Como você avalia sua saúde hoje? Fale sobre isso.</p> <p>Costuma ir a consultas médicas? Quando foi a última? O que te levou a ir para essa consulta?</p> <p>Pratica alguma atividade física? Qual?</p> <p>Possui dificuldades para dormir?</p> <p>Você se considera uma pessoa ansiosa? Acredita que essa ansiedade tenha relação com o seu trabalho?</p> <p>Você fuma? Com que frequência?</p> <p>Faz uso de bebidas alcoólicas? Qual? Com que frequência?</p>	<p>Há áreas de vivência na obra em que trabalha? (local para refeições, sanitário, água potável)</p>

<p>Como é sua rotina de trabalho?</p>		<p>Você realizou exames admissionais e periódicos de medicina do trabalho para as atividades que desempenha no trabalho ?</p>
<p>Como você se sente no ambiente de trabalho?</p> <p>Você se sente estressado em relação ao trabalho? Por que?</p> <p>Você se sente sobrecarregado com o trabalho? Por que?</p> <p>Você se sente realizado na profissão que trabalha? Por que?</p> <p>Você se sente feliz na profissão que trabalha? Por que?</p> <p>Quais são os fatores que te agradam no trabalho? Por que?</p> <p>Quais são os fatores que te desagradam no trabalho? Por que?</p>		<p>Você usa os EPIs? Se não, por que não usa? Se sim, foram disponibilizados por quem?</p> <p>Você utiliza filtro solar para ir ao trabalho? Se sim, ele foi disponibilizado pela empresa?</p>
<p>No trabalho você deve cumprir metas/prazos? Como se sente quanto a isso?</p>		<p>Já participou de alguma ação educativa no trabalho ou treinamentos com bases nos riscos ocupacionais? Se sim, quais?</p>
<p>Você tem uma boa relação com os colegas de trabalho?</p>		<p>Você fez treinamento para as atividades que desempenha no trabalho? e sim, quais?</p>
<p>Qual sua relação com a remuneração?</p>		
<p>Já sentiu medo ao desempenhar alguma função no trabalho?</p>		

