

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO

IZAR MÜLLER BEHS

**(DES)CONEXÕES NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
INTEGRAL: UM ESTUDO DE CASO COM CATADORES DE UMA
COOPERATIVA**

Porto Alegre

2014

IZAR MÜLLER BEHS

**(DES)CONEXÕES NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE INTEGRAL: UM
ESTUDO DE CASO COM CATADORES DE UMA COOPERATIVA**

Tese apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de Doutor, pelo
Programa de Pós-Graduação em
Educação da Pontifícia Universidade
Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Leda Lísia Franciosi Portal

Porto Alegre, 2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B421d Behs, Izar Müller
(Des)conexões na educação para a saúde integral : um estudo de caso com catadores de uma cooperativa / Izar Müller Behs. – Porto Alegre, 2014.
154 f.

Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, PUCRS.

Orientador: Profª. Drª. Leda Lísia Franciosi Portal.

1. Educação e Saúde. 2. Saúde Pública. 3. Sociologia Educacional. I. Portal, Leda Lísia Franciosi. II. Título.

CDD 370.19

**Ficha Catalográfica elaborada por
Vanessa Pinent
CRB 10/1297**

IZAR MÜLLER BEHS

**(DES)CONEXÕES NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE INTEGRAL:
UM ESTUDO DE CASO COM CATADORES DE UMA COOPERATIVA**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor, pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em 26 fevereiro 2014.

BANCA EXAMINADORA

Orientador(a): Profa. Dra. Leda Lísia Franciosi Portal – PUCRS

Examinador(a): Profa. Dra. Bettina Steren dos Santos – PUCRS

Examinador(a): Profa. Dra. Esalba Maria Carvalho Silveira – PUCRS

Examinador(a): Prof. Dr. Rogerio Foschiera – IFRS

Examinador(a): Profa. Dra. Rosangela Barbiani – UNISINOS

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida.

A Ivan Cesar Behs, meu esposo, por sua constante presença, companheirismo e cumplicidade.

Aos catadores, pela acolhida, pela oportunidade de ouvir as suas experiências e pelo enriquecimento que deram a este trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), que contribuíram para que este estudo fosse uma realidade.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Professora Leda Lísia Franciosi Portal, pela amizade, pelos aconselhamentos e, sobretudo, pelos conhecimentos socializados durante a nossa convivência.

RESUMO

Este estudo caracterizou-se por uma abordagem investigativa – estudo de caso – vinculado à linha de pesquisa *Pessoa e Educação* do Programa de Pós-Graduação na Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Com o objetivo de compreender as condições de trabalho dos catadores de uma cooperativa de triagem de lixo reciclável, situada na cidade de Canoas, no Estado do Rio Grande do Sul, e a sua relação com a educação para saúde integral, os sujeitos da pesquisa foram observados e entrevistados. A pesquisa obedeceu ao princípio da *triangulação de evidências*, e os dados foram coletados por meio da observação participante com registro, em diário de campo, de entrevistas individuais semiestruturadas e da aplicação de um questionário socioeconômico, bem como de uma sessão de grupo focal. Para a organização e a análise dos dados, foram utilizadas duas estratégias: a primeira, mais restrita e de caráter quantitativo, teve como objetivo a organização estatística dos dados obtidos pelo questionário socioeconômico, a segunda, com objetivos mais amplos, foi de natureza essencialmente qualitativa e seguiu o método da análise de conteúdo – de acordo com Bardin (2008). A decomposição, a estruturação e o entrecruzamento do material coletado propiciaram o agrupamento das expressões, ideias e falas que foram classificadas em unidades de significado, surgindo, assim, as quatro categorias deste estudo: 1) *identidade e profissão*: que aborda as concepções dos catadores sobre a sua identidade e profissão; 2) *ambiente de trabalho*: no qual foram agrupados termos sobre o enfrentamento do risco e da doença ocupacional, assim como apresentadas as reflexões acerca das formas de enfrentamento dos riscos, dos sentimentos de sofrimento e do prazer no ambiente de trabalho; 3) *representação da saúde integral*: o que os catadores elaboram, a partir das estruturas do corpo e da mente, das doenças e de seus tratamentos; 4) *educação para saúde e a diversidade de espaços*: relativo às experiências e vivências dos catadores que geraram oportunidades de aprendizado, orientação preventiva e cuidados relacionados à perspectiva da saúde integral. Os resultados mostraram que a educação para saúde integral deve ser tratada sob os mais diferentes olhares, seja o da ciência, por meio de várias disciplinas; do senso comum; do ponto de vista objetivo ou subjetivo; seja em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da educação, trata-se da valorização do saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção

coletiva e, no âmbito da saúde, quando vista no sentido ampliado – corpo e alma –, se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais. A educação para saúde, considerada como socialmente produzida e relacionada a um conjunto de valores, passa a exigir uma ação coordenada, combinada com metodologias de intervenção, implicadas com diferentes grupos sociais. Valorizar a dimensão educativa pode dar um novo sentido ao trabalho do catador, à sua produção e à sua própria vida. Assim, a educação a serviço da vida deve integrar a ética da solidariedade e integridade da pessoa.

Palavras-chave: Educação para saúde. Educação social. Integralidade do catador. Saúde integral.

ABSTRACT

The current research is characterized by an investigative approach – a case study – that is part of the research line *Person and Education* of the Post-Graduation Program in Education of Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Aiming to understand the conditions of the garbage collectors' work in a sorting cooperative of inorganic garbage, located in Canoas City, in the Rio Grande do Sul State, and its relation to the integral health education, the subjects of the study were observed and interviewed. The study followed the principle of triangulation of evidences, data were collected through a participant observation, as well as individual semi-structured interviews were recorded in a field diary, and a social economic questionnaire, and a focus group session were applied. In order to organize and analyze data, two strategies were used: the first, that is more restrict and has a quantitative feature, aimed the statistical organization of data, which were collected through social and economic questionnaire; and the second, whose objectives are broader, is particularly qualitative, and the content analysis was used—accordingly to Bardin (2008). Decomposition, structuring, and interweaving of the collected material enable the expression, idea and statement grouping, that were classified in meaning units, so that four categories emerged in the current study: 1) *identity and occupation*: focusing on the garbage collectors' conception related to their identity and occupation; 2) *work environment*: in which many words were grouped, related to coping the risk and the occupational diseases, as well as to the presentation of the reflections associated to the way they face risks and also the feelings of pain and pleasure in the work environment; 3) *representation of integral health*: the ideas that garbage collectors create about mental and body structures, as well as diseases and their treatments; 4) *health education and diversity of spaces*: they are related to the garbage collectors' experiences that trigger learning opportunities, preventive orientation and care, considering integral health perspective. The results showed that education for integral health has to be treated from different perspectives, that can be science, through many subjects; common sense; from objective and subjective views; and in individual and collective approach. Regarding to education, the focus is on how to value the knowledge of the other person, comprehending that knowledge is a process of collective construction and, taking into account health, when it is analyzed in a broader sense – body and soul –

its basis is on the understanding of human beings' fundamental, material and spiritual needs. Health education, considered as socially produced and associated to a set of values, requires a coordinated action, in combination with intervention methodologies, which are related to different social groups. The valorization of education can produce a new perspective to the garbage collectors, to their production and their own lives. Thus, education for life should integrate the person's solidary and integrality ethic.

Key-words: Health education. Social education. Garbage collector's integrality. Integral health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Dimensões da saúde integral.....	41
Figura 2 - Esquema gráfico do estudo	59
Figura 3 - Regiões do município de Canoas/RS	62
Figura 4 - População por quadrante – município de Canoas/RS	63
Figura 5 - Entrada do bairro Guajuviras	63
Figura 6 - Número de responsáveis pelos domicílios com renda até 1/2 salário mínimo	64
Figura 7 - “Negão”, o recepcionista	78
Figura 8 - Enfeites decorativos	80
Figura 9 - Avaliação da oferta de escolas públicas na vizinhança por bairros e total de Canoas	88
Figura 10 - Avaliação da oferta de serviços públicos de saúde na vizinhança por bairros e total de Canoas.....	89

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Referenciais de intervenção educativa para saúde.....	31
Quadro 2 - Comparativo entre o referencial curativo e o emancipador	32
Quadro 3 - Categorias e subcategorias de análise	77
Quadro 4 - Identidade e profissão	91
Quadro 5 - Ambiente de trabalho	97
Quadro 6 - Representação da saúde integral.....	106
Quadro 7 - Educação para saúde e a diversidade de espaços.....	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos	74
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS – Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida

C - Catador

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

DVD – *Digital Versatile Disc*/Disco Digital Versátil

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador

FEE – Fundação de Economia e Estatística

HPS – Hospital de Pronto Socorro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS – Ministério da Previdência Social

MNCR – Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não Governamental

PAC2 – Programa de Aceleração do Crescimento

PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PNSB – Pesquisa Nacional de Saneamento Básico

PRONASCI – Programa Nacional de Segurança com Cidadania

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

REFAP – Refinaria Alberto Pasqualini

RS – Rio Grande do Sul

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICEF – *United Nations Childrens Fund*/Fundo das Nações Unidas para Infância

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1 EDUCAÇÃO PARA SAÚDE	19
2.1.1 Educação e saúde: duas áreas, uma associação.....	19
2.1.2 Referenciais que educam para saúde	28
2.1.3 A construção da abordagem integradora	34
2.2 O CATADOR: SEU TRABALHO E SUA SAÚDE	44
2.2.1 Catador: quem é esse trabalhador?	44
2.2.2 A saúde do catador na atividade da unidade de triagem.....	48
3 MARCO METODOLÓGICO	56
3.1 OBJETIVOS	56
3.1.1 Objetivo geral	56
3.1.2 Objetivos específicos.....	56
3.2 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	56
3.3 CENÁRIO DO CASO.....	59
3.4 SUJEITOS DO ESTUDO.....	65
3.5 OBTENÇÃO DOS DADOS.....	66
3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	73
4 RESULTADOS E ANÁLISE.....	78
4.1 NOTAS SOBRE O OLHAR E A SUA PECULIARIDADE NO ESTUDO	78
4.1.1 O discurso dos sujeitos.....	82
4.2 PERFIL SOCIOECONÔMICO.....	84
4.3 CATEGORIAS: ANÁLISE DOS DISCURSOS.....	91
4.3.1 Identidade e profissão	91
4.3.2 Ambiente de trabalho.....	97
4.3.3 Representação da saúde integral	105
4.3.4 Educação para saúde e a diversidade de espaços	117
5 CONCLUSÃO: EDUCAÇÃO PARA SAÚDE INTEGRAL COMO EFEITO TRANSFORMADOR	123

5.1 SÍNTESE DOS RESULTADOS	123
5.2 RELEVÂNCIA DO ESTUDO: CONTRIBUIÇÃO NA CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA EDUCATIVA PARA SAÚDE INTEGRAL	125
5.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS.....	132
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	141
APÊNDICE B - Termo de Autorização de Uso de Imagem	142
APÊNDICE C - Entrevista Semiestruturada.....	143
APÊNDICE D - Levantamento Socioeconômico	144
APÊNDICE E - Roteiro das Questões Provocadoras na Condução do Grupo Focal.....	153

1 INTRODUÇÃO

Este estudo está vinculado à linha de pesquisa *Pessoa e Educação* do Programa de Pós-Graduação na Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) (2012)¹, na qual

estuda-se a educação como um processo amplo, implicado o desenvolvimento, a formação e a autoformação da pessoa, destacando seus entrelaçamentos com a saúde, a espiritualidade, as histórias de vida. Acolhe estudos e pesquisas interdisciplinares que potencializam a dimensão pedagógica da experiência humana em suas interações com os aspectos biológicos, psicossociais, biográficos, culturais dos sujeitos e das subjetividades na sociedade contemporânea.

A temática investigativa focaliza a educação para saúde integral em um contexto organizacional, em situação de vulnerabilidade social. A gênese do interesse por tal temática está relacionada à trajetória de vida da pesquisadora, compreendida no entrecruzamento entre o seu ser pessoal e profissional.

A formação de enfermeira permitiu a ela viver dois momentos bem definidos: o primeiro, bastante natural para quem fez a opção por esta profissão, na qual atuava como ator assistencial e entendia a prática como dever da função. Naquele momento, não considerava o aprendizado e o desenvolvimento interpessoal como uma oportunidade de evolução e, com isto, não tinha interesse pelo global, mas, sim, pela tarefa. O segundo, de amor e, por que não dizer, de paixão pela profissão escolhida. Nesse segundo momento, foram traçadas metas para a evolução profissional: a proposta era fazer a diferença.

Nas metas traçadas, o objetivo estava muito claro: “trabalhar” com pessoas de maneira que pudesse entrelaçar saúde e educação. Na atuação com pessoas, um dos atributos de maior valor é a ética, mais do que isto, ao demonstrar atitudes de proteção à criação de vínculos, desenvolve-se a sensibilidade e a ampliação do entendimento de que cada pessoa é um ser único e individual.

¹ PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS). Disponível em: <<http://www3.pucrs.br/portal/page/portal/facedppg/ppge>>. Acesso em: 17 dez. 2012.

Na atuação como primeira enfermeira, leiga de um hospital gerido por uma entidade de confissão religiosa, a pesquisadora, na função de supervisora noturna e com a vontade de crescer, buscou novas oportunidades de trabalho. Dois anos após, contratada por um hospital referência na capital e com inquietude por saber mais, cursou a especialização em Administração dos Serviços de Enfermagem.

A experiência de aliar a educação formal com a prática do dia a dia em um ambiente, onde as relações eram intensas sob todos os aspectos, mas principalmente, nas relações de poder e de sentimentos que envolviam vida e morte, reforçou o seu interesse pelas pessoas.

Nessa oportunidade, foram aprofundados os estudos sobre o cuidado humano e a assistência integral, os quais foram incorporados, gradualmente, nas atitudes e na prática diária, dimensões de valor, percebidas como comprometimento, ética e espiritualidade. De tal forma, foi desenvolvido um melhor entendimento sobre a pessoa, a partir do qual se compreendeu que a confiança, a segurança, o respeito, o acolhimento, a atenção e a sensibilidade são elementos essenciais nas relações, quando se atua com educação e saúde.

Nessa configuração, a pesquisadora evoluiu por meio do conhecimento técnico, da capacidade de liderar pessoas, de tomar decisões e de propor mudanças. Tal dinâmica favoreceu o seu crescimento pessoal e profissional, possibilitando, assim, a ascensão do cargo de supervisor para gerente, e, deste, para o de superintendente. A posição de gerente exigiu conhecimento na área administrativa, o que a levou ao aprofundamento na educação formal, optando pelo Curso de Mestrado em Administração.

A titulação e a vivência hospitalar proporcionaram a participação em um projeto para a implantação dos cursos da área da saúde em um Centro Universitário da região metropolitana de Porto Alegre. Com a rotina e o acúmulo de atividades, pelo menos, por doze horas diárias de trabalho, que eram cumpridas regularmente, inclusive aos sábados, constituiu-se uma experiência cansativa, mas que lhe proporcionava muito prazer e muitas convivências satisfatórias. O cansaço venceu, e a qualidade de vida, que já era questionável, influenciou a opção pela academia.

Então, o convite para ser pró-reitora comunitária trouxe o desafio em primeiro lugar, de poder optar por um caminho, em segundo, de poder trabalhar em uma área desafiadora, a área da educação superior.

Em 2010, um novo desafio se estabeleceu: desenvolver um projeto inovador na área das Tecnologias Sociais. Inicialmente, a proposta era assustadora e, de imediato, surgiu a pergunta: Em que uma enfermeira, professora, capacitada para gestão, pode contribuir? Aos poucos, depois de muita leitura e estudo, veio o entendimento de que havia chegado a hora de fazer a diferença, ou seja, a oportunidade de harmonizar, em uma só prática, educação e saúde.

Poder contribuir para a qualidade de vida das pessoas, para o bem-estar físico e o desenvolvimento humano, permitiu a aproximação com os catadores².

No entrelaçamento das áreas de educação e saúde, surge, portanto, o problema desta pesquisa: Como se configuram as condições de trabalho dos catadores no ambiente de uma cooperativa, na perspectiva de uma educação para a saúde integral?

Desta forma, esta tese foi construída a partir da observação dos catadores de uma cooperativa de catadores de lixo na cidade de Canoas/RS. A observação teve como base a crença de que a educação para saúde desempenha um papel importante na esfera social da comunidade e possibilita à pessoa adotar comportamentos saudáveis e preventivos, desde que respeitadas as crenças, o estilo de vida e o ponto de vista dos membros dessa comunidade.

A hipótese inicial é de que a saúde integral do catador, quando relacionada ao seu ambiente e às condições de trabalho, melhoraria, se, nas oportunidades de (re)conduzir à saúde esses sujeitos tivessem contato com um referencial de educação para saúde, baseado em suas próprias experiências.

² A categoria profissional “catador de material de reciclável” foi incluída na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sob Código 5192-05, podendo aquele também ser denominado “catador de ferro-velho”, “catador de papel e papelão”, “catador de sucata”, “catador de vasilhame”, “enfardador de sucata” (cooperativa), “separador de sucata” (cooperativa) e “triador de sucata” (cooperativa). (ZANIN, 2011, p. 367).

Essa introdução, por conseguinte, consiste na primeira parte desta investigação. A segunda é a fundamentação teórica, que contém dois capítulos de revisão de literatura, destinados à compreensão do contexto e do objeto deste estudo: o primeiro, dedicado à inter-relação da educação e saúde e ao conceito de educação para saúde na abordagem integradora; o segundo, dissertando sobre o catador e o seu espaço de trabalho.

A terceira parte é o marco metodológico, no qual se descrevem os objetivos, as características gerais do estudo e do caso estudado, os sujeitos do estudo, as técnicas e os instrumentos para coleta de dados e, por fim, as estratégias utilizadas para a organização, a análise e a interpretação dos resultados.

A quarta parte é composta por três seções: a primeira, que abrange uma descrição do caso, a partir da observação participante no ambiente da Cooperativa – unidade de triagem – das atividades do catador e dos seus discursos; a segunda que apresenta o perfil socioeconômico dos catadores; e a terceira se dedica a analisar os discursos, a partir das categorias: identidade e profissão, ambiente de trabalho, representação da saúde integral e educação para saúde, bem como diversidade de espaços.

Por fim, a quinta parte faz um exercício de síntese dos resultados da pesquisa, reflete sobre a relevância do estudo e a sua contribuição na construção de proposta educativa para saúde integral, evoluindo para o fechamento com os comentários finais e a conclusão do trabalho.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 EDUCAÇÃO PARA SAÚDE

Este capítulo dissertará sobre o que associa, em sua própria denominação, “o campo da educação e da saúde”, contexto no qual emergiram a multidisciplinaridade dos programas de educação para saúde e a evolução para uma abordagem integradora.

2.1.1 Educação e saúde: duas áreas, uma associação

Abordar a temática “educação para saúde” passa pela contextualização da educação para saúde, como promoção para saúde, e saúde, como qualidade ou estado pessoal, apoiado pelo conceito amplo da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946), no qual a saúde é considerada um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não, apenas a ausência da doença ou enfermidade. Desta forma, o foco exclusivo na doença, que sempre dominou a pesquisa na área da saúde, vem cedendo espaço ao estudo das características adaptativas, como resiliência, esperança, sabedoria, criatividade, coragem, espiritualidade e crenças pessoais que não são temas alheios ao conceito de saúde integral, sendo, na verdade, uma de suas dimensões.

Crema (1995, p. 107) resume saúde como:

[...] a condição natural da humanidade. Significa estar em harmonia com nós mesmos e com o nosso universo. Quando em harmonia, sentimo-nos mais dispostos, alegres e sadios. Se não reconhecemos esse estado, é preciso que façamos. É esse o sentido da cura. Quanto maior a nossa capacidade de alinhamento com que o somos, mais saudáveis seremos.

Nesta perspectiva, para Garcia (2000), a saúde está relacionada à qualidade de vida, e o bem-estar é a consequência da relação entre as condições objetivas de vida e certas variáveis mais subjetivas e pessoais, que têm como resultado determinado índice de satisfação dos indivíduos. Assim, saúde, na perspectiva da qualidade de vida, é um conceito que inclui todos os aspectos de vida dos indivíduos, tais como: saúde, família, trabalho, habitação, situação financeira,

oportunidades educativas, autoestima, criatividade, competência e sentimento de pertença.

Garcia (2000, p. 36), quando trata dos conceitos e das definições de educação para saúde, define qualidade de vida como:

La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación com sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influenciado de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación com lós elementos esenciales de su entorno.

Por sua vez, bem-estar é um conceito subjetivo, definido pela comparação com o mal-estar, e influenciado pelos padrões individuais e pelos padrões de bem-estar da comunidade, na qual o indivíduo está inserido. Segundo Almeida Filho (2011), conceitos de saúde, como “valor em si”, na perspectiva de estado ou situação altamente desejável para o ser humano, tem sido criticado por alguns autores, devido ao seu caráter idealista ou utópico.

Como Boff (2007) destaca, os movimentos ecológicos alertam que dar valor à saúde nem sempre ajuda a orientar as pessoas e aos grupos na tomada de decisão quanto às suas vidas e, por muitas vezes, nos coloca perante a nossa responsabilidade individual e coletiva na destruição de grande parte do nosso habitat. O autor segue dizendo que, sendo os humanos a espécie da racionalidade, somos simultaneamente uma das espécies mais vulneráveis, sobretudo, pela nossa enorme capacidade afetiva.

Neste sentido, Pelizzoli (2010) diz que não podemos reduzir a complexidade do humano a uma leitura objetiva da vida, negligenciando os fatores emocionais, psicológicos, culturais, simbólicos e mágicos que interferem na existência humana. Assim, toda inovação tecnológica que não considere esse caráter de integralidade congênita da vida humana é reducionista e limitada. Com isto, segue explicando o autor que urge a construção de formas de educação para saúde que têm como objetivo o equilíbrio e a autorregulação da vida. Crema (1995, p. 107) reforça esse entendimento, quando diz que a “educação provém do

latim *educare*, significando trazer para fora a sabedoria inerente ao indivíduo: atualizar o seu potencial inato”.

Assinala-se, portanto, que não há como educar para saúde sem valorizar atitudes individuais e coletivas. Conforme Garcia (2000), a generalização de comportamentos não saudáveis parte do princípio de não nascemos para ter esses comportamentos, quando se trata da saúde individual. Os referidos comportamentos são produzidos, porque se trata, em primeiro lugar, de um comportamento aprendido. O autor ainda enfatiza que, se podemos aprender comportamentos não saudáveis, do mesmo modo, poderemos aprender comportamentos saudáveis.

Sampaio (2004) e Garcia (2000) se complementam, quando o primeiro defende a posição de que a pauta do educador deve passar do mundo artificial para o mundo das necessidades humanas e ainda reforça que os problemas humanos não se resolvem no nível da racionalidade, mas, no nível afetivo. O segundo autor supracitado complementa, ensinando que, desenvolvendo estilos de vida saudáveis, os indivíduos podem se transformar em poderosos agentes primários de educação para saúde em seu ambiente de trabalho, em sua família, em sua comunidade, entre outros, contribuindo, assim, por meio de seus exemplos, para que outros membros da comunidade aprendam comportamentos que favoreçam a saúde em sua integralidade.

Neste contexto, Garcia (2000, p. 43) assinala que

El educador para la salud se transforma, así, en un facilitador de elementos cognitivos y de instrumentos para la acción de los individuos y grupos, para que éstos determinen por sí mismos si cambian o no sus pautas de conducta y los determinantes ambientales en relación a la mejora de su salud.

Um indivíduo, autoeducado para saúde, apresenta, como primeira característica, o tipo de pessoa conhecedora e não ignorante, e, como segunda, a de uma pessoa sensível, atenta às alterações que o meio ambiente propicia, bem como a sua dinâmica, como sujeito de uma informação e uma educação (MOSQUERA; STOBÄUS, 1983).

Com isto, o conceito de educação para saúde tem adquirido conotações diversas que partiram de construções sobre os significados da natureza do corpo e de suas funções, bem da estrutura sobre as relações corpo-espírito e pessoa-ambiente.

A fim de converter os programas de educação para saúde em um dos principais instrumentos de formação de hábitos e comportamentos saudáveis, a posição pedagógica de Sampaio (2004, p. 47) contribui para isto, quando diz que

[...] é preciso desenvolver a autoconsciência para que cada indivíduo assuma o comando da própria vida com responsabilidade espiritual e divina. E esse processo se dá na integração do homem com os níveis físico, emocional, mental e espiritual [...].

Segundo Garcia (2000), o conceito mais atual de educação para saúde é descrito por Tones (1994), no qual incorpora, implícita e explicitamente, muitos fatores que influenciam a tomada de decisão que vão além da socialização do conhecimento e do apoio a um conjunto de ações para mudança de atitudes, trabalhando as convicções pessoais, as crenças e os valores individuais.

Tones (1994 *apud* GARCIA, 2000, p. 38):

La educación para salud es toda actividad libremente elegida que participa en un aprendizaje de la salud o de la enfermedad, es decir, en un cambio relativamente permanente de las disposiciones o de las capacidades del sujeto. Una educación para la salud, eficaz, puede así producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión e de las maneras de pensar; puede o clarificar los valores; puede determinar cambios de actitudes y de creencias; puede facilitar la adquisición de competencias; incluso puede producir cambios de comportamientos o de modos de vida.

Para escapar dos impasses conceituais, ao atribuir valor ao conceito de educação para saúde, nos defrontamos, de imediato, com a questão da distribuição desigual de renda e, muitas vezes, perversa na sociedade capitalista.

Almeida Filho (2011, p. 90), neste contexto, explica que:

Vida longa e plena, com qualidade e desempenho, produtividade e satisfação, representa o ideal platônico de saúde como valor social e político que, numa sociedade estruturalmente desigual e injusta, implicaria disparidades de acesso, distribuição e controle de recursos, bens e serviços.

Conforme Barata (2009), a posição social dos indivíduos e grupos sociais, medida por indicadores de classe social, a partir das condições de vida ou dos determinados espaços geográficos, é um poderoso determinante do estado de saúde das populações. A autora ensina que estudos, que buscam explorar a relação entre o nível de riqueza, a distribuição de renda e a satisfação com a vida ou o bem-estar, mostram que, embora o nível geral de satisfação e bem-estar aumente com o crescimento do nível de riqueza do país, para o mesmo nível de riqueza, a satisfação e o bem-estar são maiores nos países que apresentam menor desigualdade na distribuição de renda.

Indicadores econômicos, sociodemográficos, isolados ou combinados, podem revelar medidas objetivas da realidade concreta do bem-estar ou da integralidade da saúde de um indivíduo, de um determinado grupo, comunidade ou nação, apresentando um diagnóstico de suas condições de vida. Porém, será que nos basta o conhecimento desses indicadores objetivos situacionais? Ou, além deles, nos interessa entrar em contato com as percepções e os pensamentos das pessoas, envolvendo uma série de fatores psicológicos, as suas avaliações subjetivas, atribuições e significados, bem como as crenças e os julgamentos acerca dos mais variados componentes e conteúdos dos inúmeros domínios da vida?

Eco (2001) considera que os parâmetros desses julgamentos dependem de nossas raízes, de nossas preferências, de nossos hábitos, de nossos afetos e experiências. De acordo com o pesquisador, existe a crença de que o desenvolvimento tecnológico, a expansão dos conteúdos e a rapidez dos transportes seriam um valor. Neste sentido, a globalização é uma fase capitalista, na qual se busca uma racionalização global, inclusive, dos padrões culturais, e tais padrões culturais mundializados não podem ser apreendidos, em função dos bens sociais concretos.

Essa racionalização exclusiva impede que aqueles que educam para saúde, muitas vezes, manipulem o seu espaço e, também, favoreçam novas formas de pensar o conhecimento. Nesta perspectiva, o ato de educar para a saúde fica fragilizado, no intuito de abrir caminhos para alternativas condizentes com o seu conceito contemporâneo, já que a definição que cada indivíduo tem sobre saúde

influencia não só na perspectiva sobre educação para saúde, mas também, na forma como nos envolvemos nas práticas nesse campo. Conforme Garcia (2000), ao assumirem essa questão, os educadores para saúde devem desenvolver as estratégias pedagógicas mais adequadas para os programas de educação para saúde, levando em consideração o meio sociocomunitário em que o indivíduo está inserido e os princípios básicos para uma intervenção socioeducativa democrática e respeitosa. Desta forma, de acordo com o autor, os educadores para saúde colaborariam com as comunidades, favorecendo o seu desenvolvimento no encaminhamento das mudanças nas condições sociais, políticas, econômicas e de meio ambiente e, conseqüentemente, do bem-estar individual e coletivo.

Para Sampaio (2010, p. 23),

as ideologias que dominam o planeta, decorrentes de todo o processo da inconsciência humana, desumanização e fragmentação estão voltadas para as questões externas materiais, econômicas, de domínio e competição, sem levar em consideração o respeito pela vida, pela natureza, pela dignidade do ser humano.

Freire (2001), neste contexto, afirma que a racionalidade faz parte de um contexto dito moderno, mas isto não significa menosprezar a formação de um sujeito-no-mundo que se sinta responsável por si próprio perante a sociedade.

Uma visão dinâmica a respeito do contexto social e ambiental é fundamental na educação para saúde, visto que se torna importante serem analisados os determinantes de saúde e da doença nos indivíduos e comunidades. Nesta linha, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1978, p. 62) afirma que

ainda há muito que avançar para conseguir compreender as relações entre saúde e os componentes de estilos de vida específicos. Numerosos estilos favorecem a saúde, desenvolvem o bem-estar físico e mental e protegem o indivíduo do *stress*. Outros englobam comportamentos que podem ser prejudiciais à saúde.

A OMS adotou um conjunto de metas que tem como finalidade proporcionar a todos os habitantes um nível saudável, que lhes permita uma vida social e economicamente produtiva, e, dentre as estratégias, a educação para saúde se destaca. Cabe a reflexão que o fator de melhoria do bem-estar físico dos indivíduos,

das comunidades e, por conseguinte, do nível de saúde integral, é a saúde. Contudo, interroga-se sobre o tipo de educação que permite alcançar um bom nível de saúde integral.

Assim, o que precisa ser resgatado, neste contexto, é a emergência do homem ser o sujeito de sua própria educação, e, neste sentido, o foco integral nutre-se, fundamentalmente, das teorias da Psicologia Cognitivista, Humanista e do modelo dialógico de Paulo Freire. Freire (1979, p. 30), diz que, “quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções” para ela.

Seguindo o pensamento de Freire (1979), neste enfoque, é preciso associar a ideia de sujeito inseparável das relações sociais, conforme esclarece Sampaio (2010), ao risco de erro e ilusão. Desta forma, os diversos níveis educacionais precisam trabalhar pela sustentabilidade social do planeta e a integração do ser humano consigo mesmo e com o pensar-sentir-agir.

Qualquer ação, no sentido de trabalhar hábitos de saúde e estilo de vida, implica mudança individual e comunitária. Quando somente o aspecto individual é trabalhado, raramente, ocorre uma resposta positiva da pessoa. A educação para saúde deve, desta forma, estabelecer uma ligação com a história de vida das pessoas, as suas crenças, os seus valores e relacionamentos, enfim, tudo que as rodeia.

Freire (2001, p. 61) pergunta e, ao mesmo tempo responde: “Como chegar a isto? Utilizando um método ativo de educação, um método de diálogo – crítico e que convide à crítica – modificando o conteúdo dos programas [...]”.

Seguindo uma lógica semelhante, Sampaio (2010) acredita que a integração do educador e do educando favorece a força que impulsiona o ser humano para uma nova ordem social. Essa simbiose deve permear as ações de quem educa para a saúde, e este educar deve considerar o essencial e reconhecer a formação da cultura e de novas relações sociais. O próprio processo educativo, portanto, conduz à saúde do homem, o qual se insere, também, no seu projeto de vida. A educação

vê-se como uma das melhores formas, para elevar a qualidade de vida e o nível de saúde das pessoas. Então, o papel do educador é criar condições, para que o homem possa desenvolver as suas capacidades.

Ao desenvolver suas capacidades, conforme Freire (2001, p. 42),

[...] o homem se cria, se realiza como sujeito, porque esta resposta exige dele reflexão, crítica, invenção, eleição, decisão, organização, ação [...] todas essas coisas pelas quais se cria a pessoa e que fazem dela um ser ou não somente adaptado à realidade aos outros, mas integrado.

Entendemos que a educação é um processo dinâmico e que, concretamente na educação para saúde, tal característica busca ensinar o homem a pensar e decidir por si mesmo perante situações e momentos da sua vida individual e coletiva. A educação para saúde deve, pois, constituir um processo interativo, reconhecido e aceito pela comunidade, e adquirir uma postura de participação ativa e de parceria. Educar pessoas para saúde é criar condições para que elas se transformem, mostrando-lhes que podem aprender, e se sensibilizem quanto à importância dos conhecimentos.

Nesta perspectiva, segundo Freire (2001), a cultura é uma aquisição sistemática da experiência, crítica e criadora e não, uma justaposição de informações. O autor segue dizendo que ninguém luta contra as forças que não compreende. Ao contrário desse entendimento, os anos 80 foram marcados pela crise do Estado que agravou as desigualdades sociais e acentuou a intensificação das práticas em educação para saúde, guiada por procedimentos preestabelecidos, estandardizados e derivados, apenas, dos conhecimentos científicos.

Ainda, nesta perspectiva, temos de considerar que essas práticas invadem a vida das pessoas, inclusive, aquilo que é considerado sagrado no discurso liberal, a privacidade dos indivíduos, indo de encontro da prática social de culto à democracia.

Assim, devem ser considerados outros espaços de cidadania, com novas práticas em educação para saúde. Isto, sem dúvida, pressuporia novas formas de participação ou, ainda, para Zanin (2011), pressuporia promover o prolongamento do

conceito de cidadania, no sentido de eliminar os mecanismos de exclusão ou ainda de se buscar a combinação de formas individuais com formas coletivas.

Várias técnicas podem ser usadas a serviço desse processo, porém mais importante do que o uso das técnicas é o processo em si, ou seja, a possibilidade de as pessoas manifestarem-se como sujeitos e de sentirem-se capazes de ajudar a encontrar novas soluções ali, onde, muitas vezes, as certezas absolutas tornam-se obstáculos para o desenvolvimento das possibilidades da própria vida. O alcance de iniciativas de educação para a saúde, orientada de modo a viabilizar ações de saúde integral, serão tanto maiores quanto mais estiveram articuladas, para lidar com a complexidade e a incerteza.

Parece claro que o fator base do melhoramento dos indivíduos, das comunidades e do seu nível de saúde é a educação. No entanto, podemos continuar interrogando sobre qual o tipo de educação permitirá alcançar esses objetivos. Mais uma vez, Freire (2001) responde essa questão, ao distinguir dois processos contraditórios de educação: aquele, no qual os homens caminham, no sentido de se tornarem cada vez mais sujeitos, pessoas, tudo; e aquele, no qual são reduzidos a se tornar, cada vez mais, objetos, coisas, nada.

Nessa abordagem, percebe-se a complexidade dos tempos atuais. Isto implica dificuldade de proceder a uma análise que se volte para a crítica em relação ao poder instituído, na perspectiva de um envolvimento orgânico. Por isso, adverte Minayo (2003) que os desafios que nos são colocados exigem que saiamos desse pêndulo de não guiar nem servir. Em vez da distância crítica, a proximidade crítica; em vez de compromisso orgânico, o envolvimento livre; e, em vez de serenidade autocomplacente, a capacidade de espanto e de revolta.

Para a autora, essa é a situação complexa que afeta os programas de educação para a saúde. Há posições alienadas que defendem que a educação para a saúde deve constituir-se em instrumento no processo de transformação social; há também posições que defendem que a prioridade deve ser a pesquisa básica e aplicada. O conhecimento reside, em última instância, no próprio objeto, sendo o

papel da ciência descobrir a realidade e produzir um conhecimento verdadeiro sobre as propriedades do mesmo.

Entrelaçando os pensamentos de Freire (2011, 2001, 1979), Minayo (2003) e Almeida Filho (2011, 2000), podemos entender a prática da educação para a saúde como um caminho integrador que constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão, para atuar na comunidade, contribuindo, assim, para a transformação social. Seguindo o pensamento de Freire, o exercício de uma prática educativa crítica, como experiência especificamente humana, constitui uma forma de intervenção no mundo, comprometida com o princípio da democracia que rejeita qualquer forma de discriminação, dominação e integra uma atitude de inovação e renovação na crença de que é possível mudar.

Neste sentido, compreendemos a educação para saúde, inspirada nos pensamentos de Freire, coerente e competente, que testemunha o seu gosto pela vida, a sua esperança em um mundo melhor, que atesta a sua capacidade de luta, o seu respeito às diferenças da realidade e a maneira consistente com que vive a sua presença no mundo.

Desta forma, educar para saúde é estar aberto ao contorno geográfico, social, político e cultural do indivíduo, bem como da comunidade.

2.1.2 Referenciais que educam para saúde

Os Programas de Educação para Saúde devem ser norteados por desafios em três planos que incluem: religar saberes inter-poli-tranculturais (MORIN, 1999), construir solidariedade e, sobretudo, deixar atravessar os valores que devem ser dinamizados na prática.

Ao longo do tempo, a educação para saúde trouxe, em sua prática, uma influência de ações multidisciplinares, por muitas vezes, focalizada apenas na parte doente, esquecendo-se da ideia que o indivíduo é um todo. O que se busca na

proposta da educação para saúde integral é uma integração da ciência social com a ciência da saúde, envolvendo profissionais distintos em um trabalho interdisciplinar, complementar e cooperativo.

Além disso, destaca-se que uma nova disciplina jamais surge do nada, e ela passa a se alimentar de outras disciplinas, as chamadas “disciplinas mãe”. A educação para saúde, desta forma, situa-se na interseção dos diversos aportes teóricos e práticos que a configuram, e, neste enfoque, está como uma disciplina e uma prática profissional eclética. Sendo assim, recebe ideias, teorias e métodos, procedentes de muitas áreas do conhecimento, nos quais podemos assinalar a psicologia, as ciências da saúde, a educação e a comunicação que, por sua vez, possuem suas raízes em muitos outros componentes das ciências humanas (GARCIA, 2000).

A educação para saúde associa, em sua denominação, as ciências da educação e da saúde, portanto o desafio de quem educa para saúde passa pela criação de mecanismos, capazes de liderar o processo de modernização do conhecimento e resolver os problemas mais simples da maioria da população. Logo, o conhecimento passa a ser o elemento imprescindível para a promoção da saúde integral.

Segundo Freire (1979, 2011), a resposta – se possível – começa a ser articulada, quando se tenta desconstruir o (suposto) saber, para reconstruí-lo em uma perspectiva histórica, transformando o conhecimento em um instrumento que possa contribuir para a consciência crítica. Ao objetivar a emancipação dos indivíduos, dos grupos e da sociedade, a educação para saúde permite a contradição e o conflito, sintetizando uma nova práxis – integrando a qualidade de vida aos processos da sociedade. É por meio do processo de educação que o ser humano é levado a investir e responder de acordo com a sua cultura ou extrato social. Assim é que ele constrói as suas referências.

Freire (1979, 2001, 2011), então, defende um modelo educativo, no qual as pessoas são estimuladas a desenvolver uma consciência crítica, pelo processo de análise coletiva de problemas, na busca de soluções e estratégias conjuntas para a

mudança da realidade. Essa pedagogia evidencia a formação de um indivíduo mais crítico e questionador.

Sampaio (2004, p. 102), ao comentar sobre o assunto, assevera que, “na vida, o homem busca obter excelência e, assim, satisfazer a principal aspiração humana. A excelência não é competir com os outros, mas, consigo mesmo. A excelência é uma atitude diante da vida e pode ser aprendida”.

Devido à importância das mudanças comportamentais, quando se fala de educação para saúde integral, remete-se à necessidade de analisar condutas e estratégias para a construção de um modelo socioeducativo que integre distintas teorias e que sirvam para abrir os caminhos da reflexão e permitam estabelecer planos de desenvolvimento. As estratégias devem, por conseguinte, ser eficazes na produção de resultados para aquelas pessoas que têm expectativas de resolver as suas necessidades, a partir da realidade à que pertencem.

No Quadro 1, são apresentadas as propostas dos referenciais de intervenção segundo Garcia (2000).

Quadro 1 - Referenciais de intervenção educativa para saúde

Referenciais de Intervenção Educativa para Saúde			
	Informativo	Motivacional	Político-econômico-ecológico
Conceito de saúde	Ausência de enfermidade.	Objetivo vital.	Recurso vital.
Análise da realidade	Papel das condições físicas e ambientais.	Orienta-se pelas normas sociais dominantes. Não considera os efeitos ambientais.	Ênfase nos efeitos dos fatores sociais e físicos da saúde.
Objetivos	Proporcionar informação sobre normas de higiene e conduta.	Fazer com que o educando adquira habilidades que outros consideram benéficas para a saúde.	Desenvolver a capacidade de análise que desenvolvam habilidades para a geração de saúde.
Metodologia	Transmissão de conhecimento, normas e valores.	Persuasão, para que assumam uma nova conduta.	Participação, trocas colaborativa. Aprendizagem contextual.
Prática educativa	Protecionista. Unidirecional.	Unidirecional. Controlada tecnologicamente.	Bidirecional. Busca a autonomia das pessoas.
Papel do educador	Prescritivo. Detém o conhecimento e por isto decide.	Controlador do processo de aprendizagem.	Mediador junto com a comunidade.
Papel do educando	Obediente. Passivo. Responsável pela má conduta em saúde.	Passivo em relação ao conhecimento. Ativo no ajuste do prescrito.	Participativo. Verdadeiro e protagonista da ação educativa.

Fonte: Adaptado pela autora, a partir de MARTINEZ, Alfonso Garcia; Juan SÁEZ CARRERAS, Juan; HARO, Andréa Escarbajal de. **Educación para la salud: la apuesta por calidad de vida**. Madrid: Arán, 2000, p. 180.

De acordo com Almeida Filho (2011), a educação para a saúde integral deve ser orientada por um modelo educativo emancipador que promova a qualidade de vida e responda às necessidades sociais, diferentemente da tendência curativa, desenvolvida por meio de programas verticais.

Sampaio (2010, p. 100) complementa o supracitado autor, quando diz que a pedagogia do ser “sinaliza um caminho para transformação humana que se dá no processo de integração do ser humano consigo mesmo, com o outro e com o ambiente em que vive”.

O Quadro 2, a seguir, apresenta uma comparação entre o modelo curativo e o modelo emancipador, a partir dos diversos elementos norteadores do processo de educação para saúde integral.

Quadro 2 - Comparativo entre o referencial curativo e o emancipador

Elementos	Curativo	Emancipador
1. Usuário	Indivíduo	Grupos da população
2. Iniciativa	Doente	Profissionais e comunidade
3. Possibilidade de escolha	Ampla	Restrita
4. Acesso	Difícil	Fácil
5. Assistência	Pontual	Continuada
6. Continuidade	Mínima	Alta
7. Atitude do usuário	Obediência	Participante
8. Atitude dos profissionais	Tecnocrática	Democrática
9. Técnicas	Diagnóstico + Tratamento	Identificação e solução dos problemas através da educação e da mudança
10. Enfoque	Individual	Comunitário, grupal
11. Característica	Relação mercantil	Autonomia da ação
12. Financiamento	Direto do usuário ou público	Público ou recursos comunitários
13. Avaliação	Melhora do doente	Aumento de qualidade de vida
14. Juízo de valor	Qualidade	Melhora e desenvolvimento da comunidade ou do grupo
15. Tendência Ideológica	Liberal	Democrática radical

Fonte: Adaptado pela autora, a partir da obra de BOSI, Maria Lucia Magalhães; MERCADO, Francisco J. (Orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2006, p. 161-228.

As posições de Garcia (2000) e Bosi (2006) indicam a importância de uma relação dialógica e permanente entre sujeitos, conceitos prévios, experiências e contextos, como a base do aprendizado humano no que se refere ao tema “educação para saúde”. Por este motivo, exigem uma especial proximidade entre os métodos didáticos e a vida real do aprendiz, bem como a valorização dos seus saberes prévios e a reflexão crítica e diuturna sobre a prática – objeto central da preocupação de Paulo Freire, educador brasileiro, cujas contribuições alertam para o compromisso dos profissionais de todas as áreas com a sociedade.

Freire (1979, p. 17) afirma que

[...] não há homem sem mundo, nem mundo sem homem, não pode haver reflexão e ação fora da relação homem-realidade. Esta relação homem-realidade, homem-mundo, ao contrário do contato animal com o mundo, como já afirmamos, implica a transformação do mundo, cujo produto, por sua vez, condiciona ambas, ação e reflexão.

De acordo com Barata (2009), no desenvolvimento da educação para a saúde integral, devem ser observadas as alterações sociopolíticas e a evolução dos fatores de risco. No contexto dos fatores de risco, a educação para saúde que segue o modelo informativo considera, de maneira protecionista, que os hábitos e os comportamentos não saudáveis têm origem na falta de informação.

A proposta de Barata (2009) considera a educação para a saúde centrada na mudança de comportamento. O seu objetivo é obter comportamentos saudáveis, e a informação é, apenas, um elo do processo. A saúde integral, neste foco, é considerada resultante do comportamento do indivíduo, determinado por estímulos do meio onde está inserido.

Por último, a educação para saúde integral denominada “crítica”, que surgiu ante as insuficiências das abordagens anteriores, propõe alternativas de mudanças sociais, ligando a morbimortalidade à estrutura econômica, tenta reduzir as desigualdades e potencializar a participação comunitária.

Conforme Freire (2003), nessa ação, os atores não chegam ao mundo popular como invasores, mas, sim, para conhecê-lo com o povo e não, para ensinar, ou transmitir, ou entregar nada ao povo. O propósito, entretanto, não é a manipulação, mas, a construção de uma síntese, mediante ação conjunta e criativa dos sujeitos. Ao invés da imposição de modelos e prescrições, os sujeitos decidem juntos quanto à ação que exercerão sobre a realidade.

Evidentemente que essa aproximação corresponde ao que Buber (1974) nomeia “Eu-Tu” e não pode ser mantida indefinidamente, devendo ser alternada com o distanciamento, atitude “Eu-Isso”.

Sem desconsiderar as demais práxis educativas, fazemos referência ao reconhecimento do papel dos processos de educação como elemento de transformação, por mais complexos que sejam os contextos. Destacamos, assim, o papel revolucionário do cotidiano, cabendo, evidentemente, como sensibilizar os catadores, sujeitos que, nesta proposta, queremos valorizar, sendo este um desafio, uma vez que não comporta soluções simplistas nem tampouco generalizáveis.

Bosi e Mercado (2006, p. 104), neste sentido, enfatizam que

[...] a construção de práticas centradas na integralidade e humanização demanda, conforme já assinalado, um processo complexo de formação que deve, também, permitir que o aluno “eduque suas emoções”, aprendendo a lidar com o seu sofrimento, as suas fragilidades e imperfeições e reconfigurando sua compreensão – no sentido fenomenológico-hermenêutico do termo – uma vez que só se pode compreender (e, por conseguinte, aceitar e respeitar) verdadeiramente alguém no ato de ser o que se é com tudo o que isto implica.

Um referencial centrado na integralidade indica que quem educa para saúde é um facilitador, e por que não dizer um cuidador, considerando que encaminha, junto aos seus educandos, a compreensão das condições em que vivem e, juntos, determinam o que pode ser alterado.

Nesse modelo, as dinâmicas dos processos de ensino e aprendizagem buscam inspiração freiriana, norteadas no mais adequado para o estabelecimento de uma educação transformadora para a mudança social.

2.1.3 A construção da abordagem integradora

O século XX assistiu a um notável desenvolvimento econômico e tecnológico, sobretudo nos chamados “países industrializados”. Apesar do ritmo acelerado observado nesse século, pode-se dizer que parte das mudanças começou a ocorrer a partir do século XIX, época em que se deflagrou a Revolução Industrial.

A medicina, especificamente, beneficiou-se, no século XIX, de acontecimentos, como a disseminação das vacinas e as descobertas da anestesia e da existência dos microorganismos. Esses avanços, aliados a uma euforia positivista

em uma era de fé na ciência e em sua capacidade promissora de tornar melhor a vida do homem, fizeram-se acompanhar de uma união bem sucedida e estável.

Tal união fez com que as condições de vida e saúde, no último século, melhorassem de forma contínua e sustentadas na maioria dos países, isto também ocorreu, devido aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como aos avanços na saúde pública e da tecnologia na medicina.

Por vezes, ouvimos dizer a seguinte frase: *Saúde não é doença, saúde é qualidade de vida*. Por mais correta que esteja tal afirmativa, costuma ser vazia de significado e, frequentemente, revela a dificuldade que temos de encontrar algum sentido teórico e epistemológico fora do marco referencial do sistema médico.

Será que temos a dimensão precisa do significado dessa expressão, com a qual nos deparamos e a qual recorremos, às vezes, com frequência abusiva. Temos consciência do que ela representa para cada indivíduo? Qual será o sentido individual que cada um coloca para a integralidade da sua saúde e de ser saudável?

Para Wilber (2007, p. 46), “algumas doenças têm causas e curas amplamente físicas (atropelamento por ônibus, fratura na perna), no entanto a maioria das doenças tem, entre suas causas e curas, componentes emocionais, mentais e espirituais”.

Leloup (2012a, p. 16) complementa a ideia acima, ao esclarecer que,

dessa maneira, denomino anamnese essencial a arte e a prática de lembrar-se do Ser, por meio das memórias do corpo físico e das marcas psicológicas deixadas nele. Porque o corpo humano se recorda de todos os momentos que atravessou e viveu.

Dizer, portanto, que o conceito de saúde integral tem relações ou deve estar mais próximo da noção de qualidade de vida e que saúde não é mera ausência de doença já é um bom começo, porque manifesta o mal-estar com o reducionismo biomédico (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Boff (2007, p. 45) assume, assim, o conceito de homem integrado, ao dizer que ele

não deve ser somente perfeito no equilíbrio de suas tensões para fora de si mesmo. Ele deve ser integrado na harmonia de seus dinamismos interiores conscientes e inconscientes. O homem se apresenta, em si mesmo, como um nó de tensões e paixões.

É preciso compreender saúde como qualidade vital que afeta a integralidade da vida, e são muitos os fatores que interferem no estado de saúde, são eles: físicos, mentais, espirituais, sociais, culturais, econômicos, entre outros que não podem ser analisados e sistematizados a partir de uma única teoria. Entretanto, é comum conceituar saúde a partir das carências, daí a definição que popularmente se escuta de saúde como ausência de doença.

Segundo Garcia (2000, p. 19), *“En efecto, la salud es un estado, esto es, una cualidad vital que afecta a la totalidad de la vida misma y, en tanto que tal, representa un desafío permanente para cualquier definición precisa y medible”*.

Na tecitura das leituras dos autores, Almeida Filho (2011), Boff (2007, 2012, 2011, 1999), Capra (2002), Crema (1995), Frankl (2008), Leloup (2012a, 2012b), Morin (1999), Wilber (2007), Pelizzoli (2010) e Torralba (2009), com o viés de formação e da vivência da pesquisadora na área de educação e saúde, arrisca-se entender a abordagem integradora da educação para saúde como uma posição que promove a interdisciplinaridade, pois os problemas de saúde das pessoas não estão organizados de forma congruente com os interesses corporativos. A posição integradora propõe uma dialética entre corpo-espírito, que se refere a uma interpretação e integração entre as várias dimensões do ser humano. Não há fronteiras entre o fisiológico, o psicológico e o social, visto que eles constituem-se em um todo integrado. Os pensamentos, as crenças e os sentimentos estão encarnados no corpo. As vivências pessoais da pessoa, o seu ambiente, os seus pensamentos, os sentimentos e as crenças vivem intimamente com os seus músculos, tendões, ossos, nervos, hormônios e posturas corporais.

Assim, as vivências culturais e pessoais estão impregnadas no corpo. O termo “atitude”, por exemplo, etimologicamente, evoluiu no sentido de significar disposição

do espírito, traduzida pela “do corpo”, isto é, a postura ou o ângulo em que a pessoa está inclinada a partir da vertical. Neste contexto, curar não é curar o corpo-objeto, mas, a pessoa.

Essa visão integrada da pessoa vê qualquer processo, seja um conflito psicológico ou social ou um sintoma físico, como parte de um todo, que inclui aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Assim, algo que ocorre no domínio da mente, como sentimentos e hostilidade, inclui uma expressão física, como os padrões de postura ou tensão corporal, a forma como a pessoa respira, as alterações cardíacas, a expressão social e a deterioração de relações interpessoais. As referidas dimensões são consideradas partes integradas em um todo que dão origem a uma expressão unitária.

Essa incursão sobre integralidade nos remete, inevitavelmente, a uma breve, mas necessária, consideração sobre a noção de cuidado que permeia toda esta reflexão, fundada na proposição de que o cuidado transcende o âmbito prático da educação para saúde. Boff (2012) assinala que o cuidado é tão ancestral como o universo, e nele reside a essência do humano. Portanto, cuidar de alguém é mais que construir um método ou definir um programa de intervenção. Para cuidar, há que se considerar e construir programas de educação para saúde que sustentem, ao longo de algum tempo, uma certa relação.

As metodologias que buscam educar para saúde integral devem juntar todos os aspectos da pessoa, de forma que esta possa experienciar um organismo unitário, em vez de uma mistura de partes, as quais, em que todas as dimensões, têm de ser conectadas ou ligadas dialeticamente, para promover e facilitar o processo preventivo ou de tratamento. Para Torralba (2009), seria necessário revisar, a fundo, os processos formativos e introduzir conhecimentos novos para o aprofundamento na essência do universo pessoal.

A construção do conceito de saúde integral tem despertado interesse científico e uma conscientização cada vez maior, recebendo a devida consideração em uma abordagem integrada e interdisciplinar, na tentativa de soluções holísticas e voltadas para o bem-estar do ser humano.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a visão integral de saúde, apresentada em contraposição ao modelo biomédico, pressupõe que todos os sistemas e as estruturas que regem as condições sociais e econômicas, assim como as condições do ambiente físico, devem ser considerados quanto ao seu impacto nas condições de saúde e na qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade. A visão integral da saúde, enquadrada como um componente fundamental da qualidade de vida, remete à importância da intersectorialidade de medidas que enfatizam a necessidade da participação social e o fortalecimento do poder local e das comunidades.

A partir da década de 70, com a crise nos serviços de saúde e a necessidade de rever essa concepção limitada do processo de saúde-doença, o governo do Canadá publicou um documento sobre a nova perspectiva de saúde dos canadenses, conhecido como Informe Lalonde (1974), no qual a saúde era relacionada a diversos fatores que deveriam ser analisados em conjunto. Esse documento decompõe o campo da saúde em quatro componentes que são: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde. Lalonde (1974, p. 4) conclui que,

até agora, quase todos os esforços da sociedade para melhorar a saúde, assim como a maior parte dos gastos diretos em matéria de saúde, tem se concentrado na organização da assistência médica. Entretanto, as causas principais de enfermidade e morte têm a sua origem nos outros três componentes: a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida.

Estudos nas comunidades carentes, de acordo com Vasconcelos (1998), demonstraram que a interação entre profissionais que educam para saúde e a população, com a troca de conhecimentos e saberes, favorece traçar estratégias mais adequadas às realidades locais. As referidas estratégias, ressalta o autor, não se restringiram aos cuidados tradicionais de higiene, ao tratamento e à prevenção das doenças, mas ampliaram a atuação dos profissionais educadores para saúde para as dimensões psicossociais dos problemas, responsáveis pelo adoecimento e o sofrimento crônico da população. Esses profissionais enfatizam o cuidado e o apoio social das famílias, com objetivo de ajudá-las a reconstruir os seus caminhos de vida.

Dentro dessa abordagem, torna-se possível organizar práticas de educação para saúde, voltadas para a integralidade na atenção e no cuidado, o que necessariamente implica rever a teoria de saúde-doença que sustenta essas práticas (ALMEIDA FILHO, 2001). Nesse sentido, acrescenta o autor que a promoção da saúde, como paradigma orientador das práticas sanitárias, somente se viabiliza a partir da concepção positiva de saúde, tanto no nível individual como coletivo.

O que significa, então, saúde integral? Quais dimensões estariam envolvidas e prioritariamente deveriam ser atendidas?

Enquanto, para alguns, significa boa condição financeira, que possibilite uma vida de conforto material e acesso a bens de consumo, para outros, poderia significar a realização pessoal ou profissional, satisfação na vida ou, ainda, para alguns outros, seria sinônimo de ter um emprego, da possibilidade de trabalhar e de garantir o seu próprio sustento. Já, para tantos outros, poderia ser a possibilidade de uma vida saudável, a recuperação da saúde física ou mental e a paz interior.

Neste contexto, somando-se a explosão dos custos na saúde e as suas consequentes dificuldades financeiras, cria-se abertura para uma pergunta chave: De onde vem a qualidade de vida – base da saúde integral? Ou seria o inverso?

A introdução do conceito de qualidade de vida, como medida de desfecho em saúde integral, surgiu a partir da década de 1970, no contexto do progresso da medicina. Ele trouxe um prolongamento na expectativa de vida, na medida em que as doenças, anteriormente letais (por exemplo, infecções), passaram a ser curáveis ou a ter, pelo menos, controle dos sintomas ou do retardo no seu curso natural.

Conforme Almeida Filho (2009), seis grandes vertentes convergiram para o desenvolvimento do conceito de saúde integral: 1) estudos de base epidemiológica sobre a felicidade e bem-estar; 2) busca de indicadores sociais; 3) insuficiência das

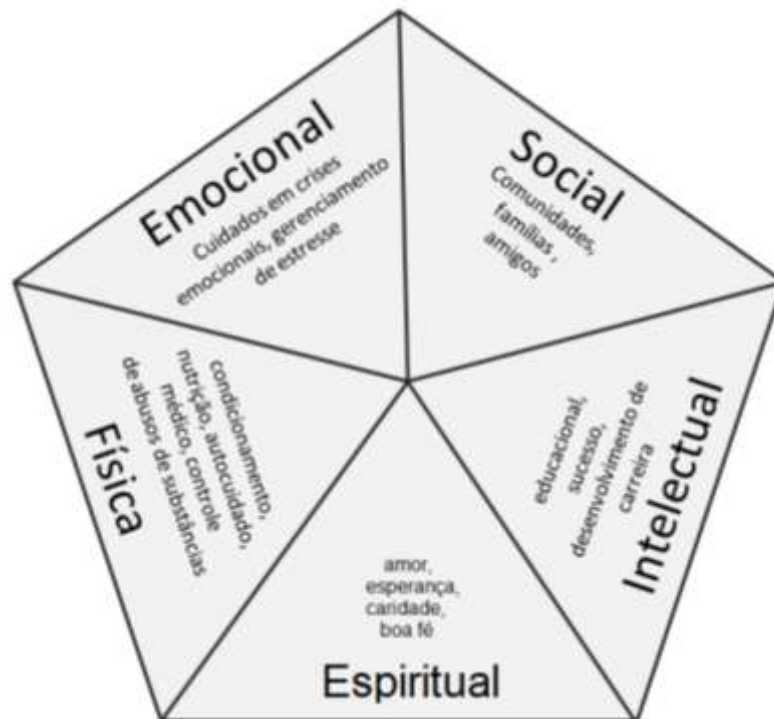
medidas objetivas de desfecho em saúde; 4) satisfação do cliente; 5) movimento de humanização da medicina; e 6) Psicologia positiva.

Diante dessa discussão, poderíamos conceituar integralidade, como um princípio pelo qual as ações, relativas à saúde, devem ser efetivadas no nível do indivíduo e da coletividade, buscando atuar nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, garantindo, por conseguinte, que as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde sejam integradas em uma visão interdisciplinar que incorpore, na prática, o conceito ampliado de saúde.

Como enfatiza Wilber (2007), a abordagem integral envolve o cultivo do corpo no *self*, na cultura e na natureza. Para Pelizzoli (2010), o alerta de Wilber é importante, quando consideramos ser ele, hoje, um dos portadores da bandeira de um novo paradigma da complexidade do que seja integral e, também, de uma “saúde integral” que considere igualmente os aspectos subjetivos e objetivos da realidade humana.

De acordo com Almeida Filho (2011), com o conceito de saúde, publicado pela OMS em 1946, produziram-se grafismos, truísmos e tautologias das mais variadas e exóticas formas, como o caso em que a saúde aparece como uma mandala, totalizante das virtudes e dos valores humanos, como apresentado na Figura 1, a seguir.

Figura 1 - Dimensões da saúde integral



Fonte: ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 10.

Segundo o autor, a partir dessa análise crítica, a sociedade literalmente bate à porta das instituições acadêmicas e científicas, que supostamente deveriam saber o que é, como se mede e como se promove a saúde integral.

A visão filosófica do ser humano, da existência e da vida dirige todo o trabalho de aproximação e compreensão do conceito de saúde integral. Torralba (2009, p. 44) diz que,

quando se pergunta filosoficamente o que é a pessoa humana, pergunta-se sobre o sentido que tem a sua existência, sobre a sua interioridade, sobre o invisível da pessoa, pergunta-se qual é o fundamento último de seu ser, de seu obrar, de seu fazer, de seu pensar.

Teóricos, como Nietzsche, por exemplo, apresentam o homem como algo que não é pronto, mas, sim, um conjunto de possibilidades que vai se atualizando no decorrer de sua existência, a qual é instável, incerta e, até mesmo, contraditória. O existir é entremeado de escolhas, às vezes, fáceis e, outras vezes, exigindo decisões que trazem ansiedade e angústia.

Para Torralba (2009, p. 62), “talvez, na filosofia contemporânea, o pensador que abordou com mais penetração intelectual a questão da finitude do ser foi Martin Heidegger em *Ser e Tempo*”. Heidegger (2001) define o homem como o ser-no-mundo, um ente particular que só existe e pode ser compreendido em sua relação com o mundo, relação na qual cria o mundo, enquanto é criado por ele.

De fato, o nosso viver diário nos revela que nossas vivências não estão contidas apenas dentro de nós mesmos, mas se manifestam e estão intimamente relacionadas ao nosso ambiente, às pessoas e às situações em que nos encontramos ou às quais nos reportamos por meio da memória ou da imaginação. Segundo Pelizzoli (2010), para o bem-estar, as condições intensas são muito mais importantes, pois é o estado da mente que interpreta a situação externa.

Na verdade, embora não se possa negar a essência do homem, não é por meio dela, de princípios e verdades imutáveis, colocadas acima de qualquer existência, que podemos chegar ao ser. O homem transcende um determinado mecanismo e o adota de uma forma muito peculiar. Se seu significado aparece em função da pessoa, é este ser existente que escolhe a sua própria existência pela relação que mantém com a verdade e a realidade interpretadas por ele.

Frankl (2008) é uma inspiração neste momento, quando aborda as três atitudes facilitadoras da relação terapêutica: a consideração positiva, a coerência e a empatia, que auxiliam a pessoa na busca do sentido para sua vida, com um respeito especial pelo que é eminentemente existencial. Boff (1999, p. 18), neste sentido, assevera que “[...] o crescimento material ilimitado, mundialmente integrado, sacrifica 2/3 da humanidade, extenua recursos da Terra e compromete o futuro das gerações futuras vindouras”, o que traz, conforme ele, um sintoma doloroso de “difuso mal-estar da civilização”.

Boff (1999, p. 25) segue a reflexão, explicando que,

[...] após séculos de cultura material, buscamos hoje ansiosamente uma espiritualidade simples e sólida, baseada na percepção do mistério do universo e do ser humano, na ética da responsabilidade, da solidariedade e da compaixão, fundada no cuidado, no valor intrínseco de cada coisa, no

trabalho bem feito, na competência, na honestidade e na transparência das intenções.

O autor acrescenta que o cuidado abrange mais que momentos de atenção e de zelo, sendo mais que um “ato” e, sim, “atitude” de responsabilização, de ocupação, preocupação e envolvimento afetivo, atingindo a dimensão material, pessoal, social, ecológica e espiritual.

Neste contexto, é oportuno lembrar Capra (2002), quando considera que cuidar é uma visão de mundo que reconhece o valor inerente da vida não humana. Todos os seres vivos são membros de comunidades ecológicas, ligadas umas às outras, em uma rede de interdependências. Quando essa percepção ecológica profunda torna-se parte de nossa consciência cotidiana, emerge um sistema de ética.

Retomando Heidegger (2001), o filósofo do cuidado por excelência, em seu famoso livro *Ser e Tempo*, diz que cuidar significa um modo-de-ser essencial, sempre presente, em uma dimensão frontal, originária e ontológica. Para esse filósofo, o cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano, propondo que não temos cuidado, mas somos cuidado. Mostrou que realidades fundamentais, como o querer e o desejar, se encontram enraizados no cuidado essencial, como subjacentes a tudo que o ser humano empreende, projeta e faz.

Cuidar, querer e desejar parecem os pilares das condições gerais que facilitam ou não, o desenvolvimento humano, pretendido para saúde integral, para a satisfação com a vida como um todo, mesmo na impossibilidade da eliminação total do sofrimento, o qual faz parte do processo vital.

Apesar de não se estabelecer um único conceito, certamente devido à complexidade do tema que é polissêmico, multidimensional, multidisciplinar e intrinsecamente subjetivo, podemos dizer que o conceito de saúde integral também passa pelo valor da opinião dos indivíduos sobre si mesmos, privilegiando os aspectos subjetivos nele contidos e estimulando estudos e discussões.

Os educadores para saúde devem se sentir autorizados a reagir racionalmente frente a determinadas inércias que maculam a eminente dignidade da pessoa humana e o respeito que ela merece, especialmente, se ela sofre uma situação de máxima vulnerabilidade. Sobre a vulnerabilidade do ser humano, Torralba (2009, p. 58) se refere nos seguintes termos:

O ser humano é vulnerável, mas, além de sê-lo, pode ser consciente de sua vulnerabilidade, ou seja, pode refletir acerca dela, tratar de buscar soluções e fórmulas, para combater o desalento, o cansaço, a doença, a insegurança e tudo que está relacionado com a vulnerabilidade. Um ser vulnerável é um ser quebradiço, cuja integralidade está constantemente ameaçada por elementos externos e internos.

Na abordagem integradora, o educador deve congrega a capacidade e a habilidade de desenvolver nos diferentes grupos, mesmo naqueles na mais vulnerável condição social, acordos comuns, favoráveis à manutenção de uma saúde integral. Vila e Vila (2007) reforçam a relevância da abordagem integradora ao assinalarem que estudos em educação para saúde objetivam suscitar o envolvimento de uma determinada comunidade e promover transformações, orientando-se para ações, cuja essência está na melhoria da qualidade de vida.

2.2 O CATADOR: SEU TRABALHO E SUA SAÚDE

A seção, a seguir, discorre acerca do catador e do seu trabalho, além do ambiente da unidade de triagem, refletindo a respeito dos riscos e agravos deste ambiente para a sua saúde.

2.2.1 Catador: quem é esse trabalhador?

A transformação do trabalho e as estratégias de convivência com o desemprego fizeram surgir, ao longo do tempo, novas atividades de geração de renda. Catar, selecionar e coletar lixo urbano têm sido uma alternativa de muitos, surgindo, assim, a atividade dos catadores. Em seu estudo sobre as transformações no mundo do trabalho, Marinho (2005, p. 27) afirma que “o trabalho passou a ser o ‘sentido da vida’, possibilidade de enriquecimento futuro, e, para além do problema da sobrevivência, ainda que heterônimo, é proclamado como virtude”. Logo, catar

lixo, como qualquer atividade informal que agregue valor à sociedade contemporânea, é trabalho.

A relevância social dessa temática encontra subsídios a partir de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB) 2000, segundo os quais se estima que, no Brasil, haja em torno de 24.500 pessoas trabalhando nos locais de disposição final – lixões, aterros e unidades de triagem, dentre outros.

São muitas as pessoas que sobrevivem da coleta, separação, classificação e venda de material reciclável. Na verdade, sempre estiveram presentes os que carregavam carrinhos ou sacos de objetos variados, objetos resgatados daquilo que a sociedade prefere descartar. Por muitos anos, pensava-se que coletavam coisas inúteis ou de pouco valor e não despertavam a atenção e talvez, por vezes, “nojo”.

De acordo com os dados do Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis (MNCR, 2002), os catadores estão em atividade desde os anos 50 e seguem vivendo como excluídos. Com o aparecimento e a disseminação dos processos de reciclagem, os catadores passaram a ocupar um lugar na sociedade. Sua atividade pode ser única ou secundária, no sentido de visar a uma complementação de renda e, muitas vezes, representa uma alternativa à marginalidade.

Segundo Calderoni (2003), essa categoria não tem poder suficiente para determinar ou influenciar fortemente o nível de preços a ser praticado pelo mercado, apesar de as indústrias obterem a maior parte dos recicláveis dos catadores. No geral, só conseguem vender os produtos com maior valor agregado e nem sempre dão um destino adequado ao que não é vendido. Sofrem grande concorrência de outros catadores, os quais, devido ao grande número de trabalhadores desse setor, depreciam o valor da venda dos recicláveis, gerando, pois, ganhos insuficientes para a sua sobrevivência. Assim sendo, alguns catadores têm procurado se organizar em grupos ou, até mesmo, em cooperativas, como uma estratégia, para obter um volume maior de produção que permita a venda direta com maior remuneração.

Atualmente, a remuneração de catadores chega a 43 milhões de reais no município de São Paulo, com perspectiva de chegar a 100 milhões, significando uma geração de 12 mil postos de trabalho, conforme Calderoni (2003). Esses trabalhadores, sustenta o autor, são responsáveis por 37% do total de vidro reciclado e são os principais coletores de latas de alumínio para as indústrias.

Reciclar passou a ser pauta dos grandes debates contemporâneos, mas, para o mercado, esta significa uma oportunidade de ganhar em competição concorrencial, por meio de créditos, no quesito “qualidade de gestão ambiental”. Neste contexto, surge um novo segmento social que faz a ponte entre capital e meio ambiente: os catadores de lixo que, mais recentemente, são chamados de “agentes ambientais”.

Destaca-se ainda que a atividade de catador de material reciclável foi regulamentada no Brasil, em 2002, pelo Ministério do Trabalho e Emprego e consta na Classificação Brasileira de Ocupações sob o nº 5192-05. Entretanto, Miura (2004) afirma que, apesar da profissão ser reconhecida, ainda persistem condições precárias na atuação dos catadores, pois eles sofrem preconceitos, e é atribuída pouca importância a essa atividade econômica e ambiental. A atividade de catação tem fortes vínculos com níveis extremos de pobreza. Esse fator, aliado ao aumento da quantidade de resíduos e embalagens descartáveis, trouxe um significativo aumento na ação dos catadores.

Segundo Zanin (2011), é com o trabalho dos catadores que tem início todo o processo de reciclagem de resíduos domiciliares no Brasil. A UNICEF estima que sejam responsáveis por mais de 60% do papel e papelão reciclados no país, bem como 90% do material que alimenta as indústrias de reciclagem, fazendo do Brasil um dos maiores recicladores de alumínio do mundo.

A consciência ambiental, sustentabilidade e empenho na superação da miséria e da fome, de modo geral, devem ter uma atenção, em especial, para a dignidade da pessoa e o respeito aos direitos humanos. A condição de pobreza e exclusão social que afeta indivíduos nessas circunstâncias certamente precisa ser pensada em sua amplitude, na medida em que envolve as várias dimensões, como

aquelas que remetem à esfera econômica e às políticas públicas de saúde, por exemplo.

A pobreza não é uma fatalidade, e os seres humanos organizam-se em sociedade, para tratar, juntos, das necessidades da vida. Na cooperação, podem aumentar as possibilidades de desenvolvimento de sua personalidade, desenvolvendo as suas potencialidades não apenas no campo material, mas também, no nível intelectual, afetivo e espiritual. Segundo Magera (2005), os catadores são trabalhadores de um grupo de desempregados que, por idade, condição social e baixa escolaridade, não encontram lugar no mercado formal de trabalho, portanto buscam uma forma de inserção no mundo social e de trabalho, realizando uma atividade relevante para a sociedade e o meio ambiente, o que resulta no crescimento do número de catadores de materiais recicláveis.

Não há dúvidas de que o lixo hoje se traduz em fonte de renda, de sobrevivência e, por que não dizer, de oportunidade de desenvolvimento da personalidade de muitos seres humanos. A possibilidade de esgotamento das matérias-primas e a contaminação dos recursos naturais são as premissas ecológicas que justificam a necessidade de reciclar o lixo, já que esta medida consiste em submeter produtos existentes no lixo a processos de transformação, gerando um novo produto. Para Medeiros (2006), a contribuição dessa classe de trabalhadores é inquestionável sob o aspecto ambiental e, para, além disto, o fruto de seu trabalho é ponto de partida para o abastecimento, com matéria-prima, das indústrias de reciclagem.

A precariedade material que usualmente configura tal atividade é acompanhada, na maioria dos casos, de um posicionamento que atribui uma condição provisória à ocupação de catador. Autores, como Magera (2005) e Calderoni (2003), perceberam, entre as atuações de trabalho anteriores, o predomínio de inserções informais: serviços domésticos para mulheres e construção civil e indústria para os homens, entre outras. Segundo Zanin (2011, p. 365), “em geral, os trabalhadores que operam com coleta seletiva são oriundos dos estratos sociais inferiores. Excluídos pelo processo de produção capitalista, são pessoas que buscam trabalho e renda”.

O material reciclável, existente no lixo da população, possibilita que as pessoas sobrevivam da coleta, separação, classificação e venda do lixo. Os catadores de materiais recicláveis são trabalhadores que, apesar da importante função social e ambiental, enfrentam intensa discriminação social.

Ao longo do tempo, a gestão, exercida pela pesquisadora em projetos com catadores, e as observações realizadas demonstraram que as condições de trabalho do catador em unidades de triagem são precárias, envolvendo longas jornadas, intempéries, líquidos e gases tóxicos, decorrentes da decomposição do lixo, pragas e outros vetores, bem como do manuseio de materiais cortantes.

Nesse segmento, no qual o trabalhador do lixo é um agente ambiental, eis que contribui para a limpeza urbana, muito pouco se debate sobre a integralidade da saúde do catador.

A inconstância da atividade, a precariedade e o preconceito favorecem que o referido trabalhador seja mais facilmente acometido por doenças, e, por esta razão, torna-se importante que as organizações e as cooperativas possam oportunizar melhores condições de trabalho para os catadores.

2.2.2 A saúde do catador na atividade da unidade de triagem

Vivemos em uma sociedade que gira em torno do consumo, ou seja, do “ter” e não do “ser”. O ciclo completo da moderna economia é um mundo à parte, autossuficiente, fechado a qualquer consideração ética sobre a vida, a justiça, a esperança e, especialmente, a qualidade de vida humana. Conforme Minayo (2002), sob esse aspecto, o termo de referência não é “qualidade de vida”, mas, “condições de vida”.

A intrínseca relação entre condições de trabalho, qualidade de vida e saúde integral aproxima as discussões que, nas últimas décadas, vêm se fortalecendo na área da educação e traz, no conceito de educação para saúde, uma estratégia central.

Ao mesmo tempo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o conceito de saúde, como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. A saúde, de acordo com a Constituição Federal Brasileira de 1988, é um direito de todos e dever do Estado. Ela deve ser garantida, 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 a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

O conceito adotado pela OMS simboliza o compromisso e um horizonte a ser perseguido, bem como remete à ideia de uma saúde ótima. Tal visão de saúde, por conseguinte, possibilita entender o desenvolvimento humano como um produto da interação entre seres humanos em seus contextos socioambientais, em que condições de risco e proteção à saúde e qualidade de vida estão constantemente presentes.

O conceito de integralidade emana do Movimento de Reforma Sanitária e se concretiza com a Constituição Federal de 1988, contudo os termos “saúde integral”, “qualidade de vida” e “bem-estar” têm sido relacionados ao grau de satisfação na vida familiar, social e no trabalho e é até com a própria estética existencial. Contudo, esses termos abrangem muitos outros significados, que refletem os conhecimentos e as experiências dos indivíduos nos seus espaços e histórias.

Embora se fale de saúde integral, de modelo biopsicossocial e prevenção e promoção, na prática, continua-se com um atendimento centrado na doença. Mais que em qualquer outra atividade, no caso do catador, fica evidente a fraqueza do sistema de saúde vigente que, a partir de uma visão unidimensional de saúde, desconsidera a diversidade de patologias não orgânicas que ameaçam esse segmento de trabalho.

A saúde integral dos catadores nas unidades de triagem, nas quais estes profissionais atuam, pode ser comprometida, se considerarmos que estão expostos a materiais e pragas que podem transmitir várias doenças, assim como a riscos relacionados ao ambiente e à atividade de separação dos resíduos sólidos.

As vias de intoxicação e toxidade, além dos danos à saúde e ao ambiente, por meio desse local e atividade, aparecem hoje como conhecimento claro e bem constituído por estudos afins dos riscos emergentes (PORTO, 2004; FERREIRA; ANJOS, 2001).

Os mais frequentes agentes, presentes nos resíduos sólidos e nos processos de manuseio do lixo, capazes de interferir na saúde humana e no meio ambiente, são, segundo o estudo realizado por Ferreira e Anjos (2001), os abaixo descritos:

- agentes físicos: gases e odores, emanados dos resíduos; materiais perfuro-cortantes, tais como vidro, lascas de madeira; objetos pontiagudos; poeiras, ruídos excessivos, exposição ao frio, ao calor, à fumaça e ao monóxido de carbono; posturas forçadas e incômodas.
- agentes químicos: líquidos que vazam de pilhas e baterias; óleos e graxas; pesticidas/herbicidas; solventes; tintas; produtos de limpeza; cosméticos; remédios; aerossóis; metais pesados, como chumbo, cádmio e mercúrio;
- agentes biológicos: micro-organismos patogênicos: vírus, bactérias e fungos.

Sejam os riscos de caráter ambiental ou ocupacional ou mesmo de qualquer outra natureza, os processos subjetivos devem ser considerados, quando se busca compreender o enfrentamento ou não, das situações de risco por determinadas pessoas. Para Ferreira e Anjos (2001), a percepção de risco depende de uma multiplicidade de fatores, como do contexto e da inserção da pessoa em um determinado evento, da função ocupada em determinado espaço social, dos aspectos culturais, da personalidade, da história de vida, das características pessoais e da pressão ou demandas do ambiente.

Zanin (2011) diz que as experiências de acompanhamento desses trabalhadores vêm revelando situações de vida tão traumáticas que dificilmente poderiam ser esperadas, quanto mais aceitas em uma sociedade democrática e civilizada.

Conforme a Classificação Brasileira de Ocupações, o catador de material reciclável recebe também as seguintes denominações: “catador de ferro-velho”, “catador de papel e papelão”, “catador de sucata”, “catador de vasilhame”, “enfardador de sucata” (cooperativa), “separador de sucata” (cooperativa) e “triador de sucata” (cooperativa). Essa mesma classificação faz uma descrição sumária da atividade, das condições de exercício, da formação e da experiência necessária, bem como das áreas de atividade, assim descritas:

- a) descrição sumária da atividade: catam, selecionam e vendem materiais recicláveis, como papel, papelão e vidro, assim como materiais ferrosos e não ferrosos e outros materiais reaproveitáveis;
- b) condições gerais do exercício: o trabalho é exercido por profissionais que se organizam de forma autônoma ou em cooperativas;
- c) formação e experiências: o acesso ao trabalho é livre, sem exigência de escolaridade ou formação profissional.

Em geral e, principalmente, os catadores que trabalham nas atividades de triagem convivem com constantes perigos, como gás metano, poeira, fogo, além de resíduos químicos e tóxicos. Segundo Porto *et al.* (2004), em pesquisa realizada sobre as condições de vida, trabalho e saúde com 218 catadores no aterro de Gramacho, no Rio de Janeiro, identifica-se que 42,3% dos trabalhadores se alimentam do que encontram no lixo, 71,7% já tiveram algum acidente (corte com vidro, topada, queimaduras, atropelamento, perfurações, quedas e contusões na cabeça), 72% reconhecem que existem riscos no local de trabalho, mas somente 47,5% identificam que os riscos, em comento, podem causar danos à saúde. Para o autor, o lixo adquire, para esses trabalhadores, um sentido de sobrevivência, e a saúde está associada às condições para esse trabalho. Tais trabalhadores negam a relação entre saúde e trabalho, embora as observações tenham apontado para a alta insalubridade e a periculosidade do lixão. As doenças mais citadas pelos trabalhadores foram: hipertensão (31,1%), varizes (20,2%), problemas osteomusculares (13,8%), problemas cardíacos (9,6%) e asma (4,2%). Curiosamente, ao contrário do esperado, essas não são as doenças classicamente relacionadas com o lixo, como leptospirose, alergias, entre outras. A hipótese do

autor é a de que os trabalhadores, conforme o tempo do trabalho, desenvolvem resistência e imunização às doenças mais comumente relacionadas ao lixo.

O trabalho, como fonte de sofrimento e indicador de adoecimento, está relacionado à precarização das condições em que é realizado, à rigidez da sua organização, ao conteúdo pouco significativo das tarefas e ao espaço inexistente ou limitado para discussão e mudança dessas condições, como é destacado por Dejours (2004). O desgaste é caracterizado por sentimentos de desânimo, cansaço, ansiedade, frustração, tensão emocional, sobrecarga e estresse, como salientam Mendes e Cruz (2004). Já insegurança refere-se ao sentimento de incompetência, para atender às exigências relacionadas ao desempenho e à produtividade no trabalho, de acordo com o mesmo autor. Neste sentido, Dejours (2004) afirma que o sofrimento pode ser transformado, mas não, eliminado, e a transformação do sofrimento beneficia a identidade e aumenta a resistência à desestabilização.

No entender de Dejours (2004), a organização do trabalho, repleta de contradições, impõe aos indivíduos uma atividade de interpretação contínua entre o prescrito e o real. O trabalho, então, aparece como um produto das relações sociais, pois a construção dos modos operatórios reais envolve compromisso, negociação, uma gestão social das interpretações dos trabalhadores e, por excelência, os criadores do saber-fazer e dos novos modos operatórios para a sua eficiência. Assim, o autor define trabalho como “atividade manifestada por homens e mulheres, para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho” (DEJOURS, 2004, p. 65).

Desta forma, patologias, como doenças infecciosas, degenerativas, cardiovasculares, crises de ansiedade e depressão, síndrome do pânico, dependência química e exacerbação da violência, entre outras, são componentes constitucionais de mesmo fenômeno. Precisamos, desta forma, concordar com Capra (2002), ao destacar que o esgotamento dos recursos naturais não ocorre isoladamente, visto que o homem é parte integrante da natureza e, portanto, sofre com toda a intervenção indevida sobre ela.

Para Calderoni (2003), o mais comum é a criação de uma situação em que pessoas pobres convivam, da pior maneira possível, com resíduos que podem até favorecer um precário sustento, mas que, certamente, trarão doenças e agravarão as suas condições de vida. Como o lixo é considerado um achado valioso pela população carente, os catadores constituem-se em uma comunidade de risco, não apenas para a sua própria integralidade física e de saúde, como também são submetidos a uma condição de marginalidade social e econômica que, muitas vezes, se confunde com o próprio conceito de lixo.

Magera (2005) aponta que trabalhar em um ambiente sujo e insalubre, catando materiais recicláveis, entre detritos contidos no lixo, torna o catador sujeito a um processo de desvalorização de sua condição humana o que implica um processo de nova aceitação e de respeito por parte da sociedade, que não os reconhece como pertencentes ao mundo dos cidadãos, ao mundo daqueles que merecem crédito ou confiança.

Se a associação automática entre lixo, infelicidade e doença é pouco reconhecida, não há como ser ignorado que os riscos realmente existem e que o trabalho de catação e separação de resíduos recicláveis favorece, assim como muitos outros, os riscos à saúde e, conseqüentemente, ao bem-estar físico do indivíduo que nela atua. A disponibilidade de equipamentos de proteção, orientação e conscientização, bem como a educação para a saúde podem contribuir para minimizar esses riscos, em especial, nas unidades de triagem.

Em se tratando da qualidade de vida desse trabalhador, cabe salientar que a ação dos agentes biológicos e mecânicos podem ser considerados agravos à saúde e se mostram, neste universo, como de difícil identificação. Entretanto, são muitas as morbidades advindas do contato humano direto ou indireto com o lixo, dentre elas, podemos citar a diarreia que está diretamente relacionada à lavagem das mãos.

A pressão da necessidade de sobrevivência faz com que o trabalhador do lixo deixe em segundo plano as reivindicações quanto às condições de vida e de trabalho. Seligman (2004) defende que as pessoas querem e necessitam de algo

que vá mais além do alívio ou da finalização dos seus sofrimentos, ou seja, elas precisam encher as suas vidas com significados e propósitos. Para sujeitos com situações de vida semelhantes, necessariamente, o bem-estar de cada um representa o mesmo estado de bem-estar de todos. Uma mesma situação de agravo pode comprometer, de modo diferente, o bem-estar de diferentes indivíduos.

O direito ao meio ambiente laboral adequado, como informa Dejours (2004), deixou de ser um segmento do Direito do Trabalho. Na Constituição de 1988, ele foi vinculado à proteção à saúde, desde que determinou ao Sistema Único de Saúde (SUS) que executasse, além das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, as ações de saúde do trabalhador. Conforme Minayo (2002) para se falar em qualidade de vida, é preciso levar em conta a satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer, bem-estar e realização individual e coletiva. Neste sentido, o trabalho é um dos meios de assegurar a satisfação das necessidades pessoais e, como tal, representa um fator determinante na qualidade de vida. O trabalhador deve ter assegurado o direito a um bom ambiente de trabalho às e boas condições físicas, emocionais e materiais, para que ele possa desempenhá-lo de forma satisfatória.

Neste contexto, a dimensão educativa pode dar um novo sentido ao trabalho desse indivíduo à sua produção e à sua própria vida. Educação a serviço da vida, portanto, deve integrar a ética da solidariedade, da integralidade da pessoa e da responsabilidade social: pensar, planejar e agir solidariamente implica práticas de diálogos com todos os atores ligados ao espaço das unidades triadoras, a partir de um relacionamento ético e transparente. De acordo com o paradigma ecológico de Capra (2002), é necessário um olhar englobado à totalidade do ser, concebido como uma imensa teia interligada e relacionada entre si e os vários elementos.

Minayo (2002) reforça a posição de Capra, quando diz que a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando-se nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram.

A educação para a saúde integral é inerente à saúde pública e a um processo multidimensional de comunicação e intervenção social, que tem por finalidade a capacitação e a responsabilização das pessoas nas tomadas de decisões relacionadas à saúde.

A educação para a saúde integral implica transmissão de uma mensagem, na qual o agente educativo é a pessoa que contribui, de forma consciente ou inconsciente, para que os indivíduos optem por uma conduta favorável. Interferir no processo de desenvolvimento da saúde integral está ao alcance de todos e, ao falar sobre os sete saberes necessários à educação do futuro, Morin (1999) ressalta a importância de ensinar a condição humana a resgatar o afeto, as emoções e o estar com o outro. A fim de conhecer o humano, é necessário situá-lo no universo, integrando os conhecimentos e entendendo o homem como alguém que se realiza na e pela cultura.

Segundo Porto (2004), os catadores que vivem da triagem de materiais recicláveis ainda são pouco estudados por qualquer área, e, para Albuquerque (2004), a interação entre as diversas categorias profissionais e a vinculação entre profissionais da saúde e da educação são necessárias, bem como a interdisciplinaridade é considerada como condição *sine qua non*, para a viabilização do conceito de integralidade na vida destes trabalhadores.

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 Objetivo geral

Compreender as condições de trabalho dos catadores de uma determinada cooperativa e a sua relação com a educação para saúde integral.

3.1.2 Objetivos específicos

Em relação aos objetivos específicos, destacam-se:

- a) identificar, a partir da observação e do depoimento dos catadores, os fatores que contribuem para que desempenhem essa função e como se percebem no trabalho que realizam;
- b) analisar, a partir do depoimento dos catadores, as concepções que possuem sobre o ambiente e as condições em que desempenham o seu trabalho;
- c) mapear os fatores de risco e agravo à saúde integral dos catadores em seu ambiente de trabalho;
- d) propor estratégias para a elaboração de um programa de educação que capacite o catador no desenvolvimento da saúde integral, a partir do seu ambiente de trabalho.

3.2 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

Esse estudo caracterizou-se por uma abordagem investigativa – estudo de caso – e utilizou mais de uma técnica para a obtenção de informações.

O estudo de caso trata-se da descrição de forma longitudinal do contexto investigado – seja pessoa, grupo, instituição, etc. (YIN, 2005). A tese em questão, de

cunho qualitativo, focaliza a educação para saúde integral em uma organização, em situação de vulnerabilidade social. De acordo com Goldim (1997, p. 11):

a investigação científica tem por objetivo gerar novos conhecimentos. A pesquisa em saúde, pelo significado social do seu objeto de estudo, a busca do bem-estar do ser humano ou a defesa da vida, tem um importante componente ético que deve estar presente em todo este processo.

Conforme Bogdan e Biklen (1994, p. 89), “o estudo de caso consiste na observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico”. Yin (2005, p. 20) explica que “[...] utiliza-se o estudo de caso em muitas situações, a fim de contribuir para o conhecimento que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados”. Para Deslandes e Gomes (1993), o estudo de caso utiliza estratégias de pesquisa qualitativa, embora não exclusivamente, visando a mapear, descrever e analisar contextos, relações e percepções referentes a uma situação, fenômeno ou evento.

Yin (2005, p. 26) complementa, ressaltando que

o estudo de caso é uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não é claramente evidente e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas.

De acordo com o autor, a preferência pelo estudo de caso deve ser dada, quando em estudo dos eventos contemporâneos, em situações em que os comportamentos relevantes não podem ser manipulados, mas é possível fazer observações diretas e entrevistas sistemáticas. Apesar de ter pontos em comum com o método histórico, esse tipo de estudo se caracteriza pela capacidade de lidar com uma completa variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observações.

Um estudo de caso é uma estratégia adequada, para lidar com fenômenos contemporâneos dentro de seu contexto real, tendo especial valor, quando os limites entre eles e os seus contextos não estão bem definidos — ou seja, quando um determinado contexto parece exercer influências sobre um fenômeno, mas não há

meios de se controlar as suas variáveis ou eventos separadamente (YIN, 2005). Essa condição é usualmente observada em fenômenos sociais complexos — como organizações, coletividades, governos ou instâncias de representação política — e se aplica também ao objeto de estudo deste trabalho, uma vez que se pretende identificar as condições da saúde integral dos catadores de uma unidade de triagem, e propor estratégias, para a elaboração de um programa de educação em saúde que auxilie na minimização dos fatores de risco e agravo à saúde integral dos catadores em seu ambiente de trabalho.

Entende-se, portanto, que o conhecimento, aprofundado do assunto em uma única cooperativa de catadores – levando-se em conta a natureza exploratória da investigação e o histórico desta Cooperativa – pode ser um ponto de partida importante para o delineamento de hipóteses e de novos objetos de estudo, bem como para o aperfeiçoamento dos programas de educação para saúde que venham a ser desenvolvidos com catadores.

A opção por um caso único incorpora a definição, conforme Yin (2005), de ser aplicado àqueles estudos, nos quais o objeto é um todo constituído por diferentes unidades incorporadas. Tal opção se justifica, pela pretensão de analisar os catadores no ambiente de trabalho de uma unidade de triagem, no caso uma cooperativa, localizada na cidade de Canoas-RS, para uma dada finalidade, ou seja, a de propor estratégias para a elaboração de um programa de educação que oriente a saúde integral dos catadores em seu ambiente de trabalho.

Assim posto, define-se, como caso, o ambiente de trabalho dos catadores da Cooperativa na cidade de Canoas, e, como unidades incorporadas de análise, as iniciativas desenvolvidas para a orientação da saúde integral do catador.

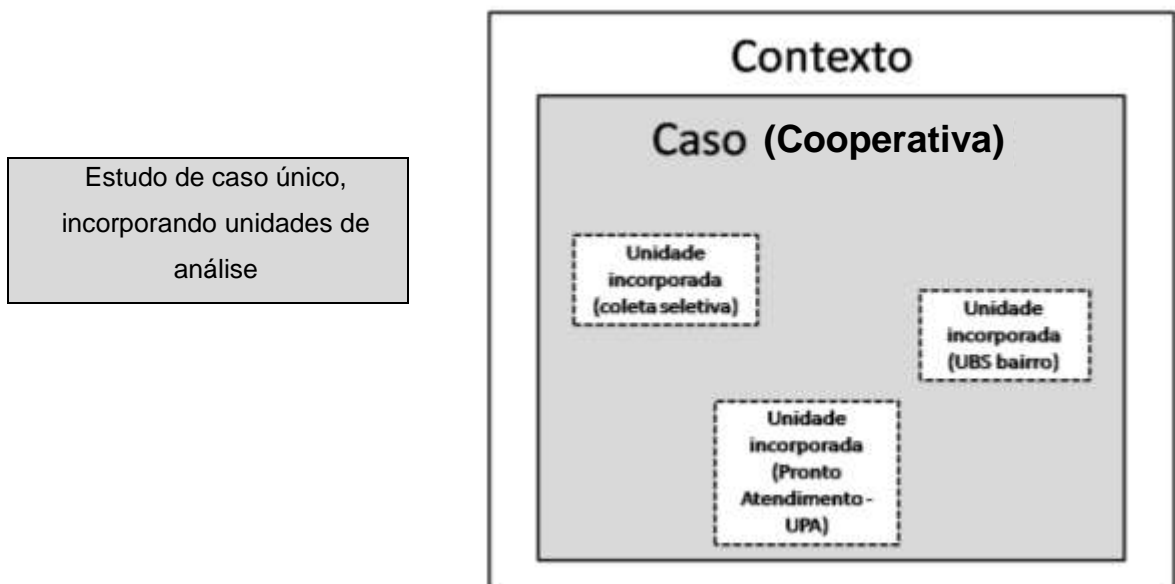
Yin (2005, p. 63), neste sentido, diz que o

fundamento lógico para um caso único é o caso representativo ou típico. Aqui, o objetivo é capturar as circunstâncias e as condições de uma situação lugar-comum ou do dia-a-dia. [...] Parte-se do princípio de que as lições que se aprendem desses casos fornecem muitas informações sobre as experiências da pessoa ou instituição usual.

Com a unicidade do caso e uma diversidade de unidades de análise, o trabalho evoluiu a partir da investigação das interações entre as partes, com a intenção de alcançar o entendimento sobre o todo – ou seja, o caso.

A Figura 2 apresenta o esquema gráfico do projeto proposto.

Figura 2 - Esquema gráfico do estudo



Fonte: Adaptado pela autora, a partir de YIN, Roberto K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005, p. 61.

A seguir, é apresentado o cenário do caso.

3.3 CENÁRIO DO CASO

O estudo do caso foi realizado na cidade de Canoas, no Estado do Rio Grande do Sul, nos anos de 2012 e 2013, em uma organização de catadores que se estruturou em 1999, quando um grupo de mulheres, ligadas à Pastoral da Criança e da Juventude e ao Movimento de Mulheres de Canoas, preocupadas com a inserção de jovens no mercado de trabalho, promoveu uma turma do Programa Serviço Civil Voluntário.

A iniciativa, desenvolvida em parceria com a Sociedade Sulina Divina Providência, Paróquia Nossa Senhora Aparecida, tinha como objetivo a qualificação social e profissional dos catadores, por meio de conteúdos e atividades relacionadas ao exercício de direitos de cidadania e à preparação para o trabalho com qualidade, além do incentivo e apoio à elevação da escolaridade destes. A área de atuação escolhida foi a reciclagem, uma vez que existia muito lixo acumulado nos terrenos baldios da comunidade. Explica-se que a coleta seletiva havia sido implementada pela Prefeitura no ano de 1998, e a cidade contava somente com uma associação de reciclagem nessa época.

O processo de qualificação envolveu a realização de um estudo que forneceu diagnóstico favorável à implementação da atividade econômica. Em função disso, mesmo sem a efetiva adesão dos jovens, em novembro do mesmo ano, um grupo de seis mulheres, envolvidas nas atividades, deu início à discussão da formação de uma associação de reciclagem, cuja formalização ocorreu em 13 de outubro de 2000.

Em maio de 2000, iniciaram um projeto piloto e começaram a catar o lixo da comunidade, puxando carrinhos em um raio de 500 metros. A triagem era realizada em uma garagem de 9m², cedida por uma dessas mulheres. Uma delas fazia a triagem, enquanto as outras se ocupavam da catação. Nesse mesmo ano, as referidas mulheres mobilizaram a comunidade e os parceiros e conquistaram recursos do Orçamento Participativo Estadual, para a construção de um galpão com 570m² e, com recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), realizaram o curso de Reciclagem de Resíduos Sólidos, preparando-se para o trabalho no galpão.

O galpão, inaugurado em 2002, foi utilizado para as atividades das trabalhadoras e, posteriormente, pela Cooperativa de catadores. Os equipamentos, como balança e prensa, foram conquistados por meio de projeto do Fundo de Mini Projetos da Região Sul do Centro de Assessoria Multiprofissional, também em 2002. Entre 2002 e 2009, o número de trabalhadores variou dos 12 iniciais, passando para a faixa de 20 e, por fim, chegando a mais de 30, sendo, em sua absoluta maioria, mulheres.

A Assembleia de Constituição da Cooperativa ocorreu no dia 18 agosto de 2009, contando com vinte sócios, e o seu registro ocorreu no dia 7 de janeiro de 2010, e a sua sede está localizada no município de Canoas.

O município de Canoas se emancipou do município de Gravataí em 27 de junho de 1939, na época em que o Estado do Rio Grande do Sul contava com apenas 88 municípios. Contudo, até o início do século XX, Canoas era considerada uma extensão de Porto Alegre, pois a população trabalhava na capital e morava no que se convencionou chamar de “cidade dormitório”.

Um marco para a cidade foi a inauguração da estrada de ferro que ligava Porto Alegre a São Leopoldo, motivo pelo qual se intensificou o processo de urbanização do então distrito, o qual contribui para a sua emancipação, principalmente, quando foi instalado o 3º Regimento de Aviação Militar em 1935, Base Aérea de Canoas.

Nos anos sessenta, tem-se a instalação da Refinaria Alberto Pasqualini (REFAP), da Petrobras, que proporcionou a atração de empresas de outros ramos, tais como distribuição de derivados de petróleo, como o gás, além dos setores metal mecânico e elétrico.

Somando-se a isso, a cidade entrou em fase de progresso, sobretudo com a construção da BR116, ligando Canoas ao resto do Brasil. Sua trajetória diverge da maioria dos municípios que compõem a Região Metropolitana de Porto Alegre, visto que outros, como São Leopoldo e Novo Hamburgo, foram fortemente influenciados pela colonização italiana ou alemã. No entanto, a formação econômica de Canoas pode ser atribuída, aos seguintes fatores: ter sido um corredor no fluxo de comércio entre a Região Nordeste do Estado e Porto Alegre, bem como ser uma extensão da capital, o que proporcionou o desenvolvimento da região.

Conforme a Fundação de Economia e Estatística (FEE), a cidade de Canoas ocupa uma área de 131,1 km² (FEE, 2010), com uma população de 329.456 habitantes. Na área social, apenas 4,36% da população é analfabeta, e a expectativa de vida média de seus habitantes é de 71,4 anos.

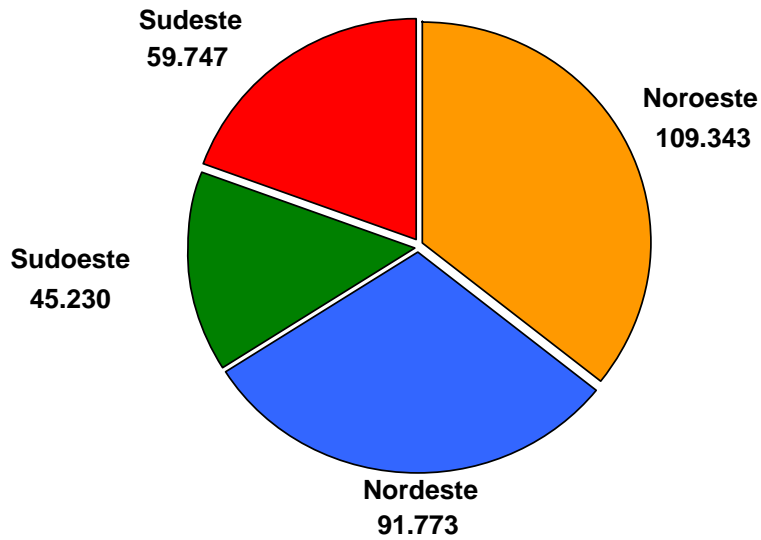
Segundo essa mesma fonte, o Conjunto Habitacional Guajuviras é um bairro da cidade de Canoas/RS e está localizado na parte nordeste da cidade, como pode ser observado nas Figuras 3 e 4. Foi ocupado no dia 17 de abril de 1987 e é uma das mais conhecidas invasões do Sul do Brasil. Lá residem 36 mil pessoas em 5.924 mil moradias (casas e blocos de 4 andares, 4 apartamentos por andar), mas, de acordo com as associações de moradores, esses números estão desatualizados, já que a população cresceu muito com a invasão das áreas verdes do bairro, e estima-se que hoje sejam aproximadamente 70 mil, integrando a maior região em número de habitantes do município de Canoas (Figuras 3 e 4).

Figura 3 - Regiões do município de Canoas/RS



Fonte: CANOAS. Instituto Canoas XXI Geocanoas. **Diagnóstico socioeconômico censo IBGE 2000**. Canoas, 2010, p. 29.

Figura 4 - População por quadrante – município de Canoas/RS



Fonte: CANOAS. Instituto Canoas XXI Geocanoas. **Diagnóstico socioeconômico censo IBGE 2000**. Canoas, 2010, p. 29.

O bairro também possui um comércio bem expressivo e diverso, mas, principalmente, voltado aos habitantes locais. Esse comércio é mais intenso na entrada do bairro, na Avenida 17 de Abril, onde há um pórtico de entrada, conforme é verificado na Figura 5.

Figura 5 - Entrada do bairro Guajuviras

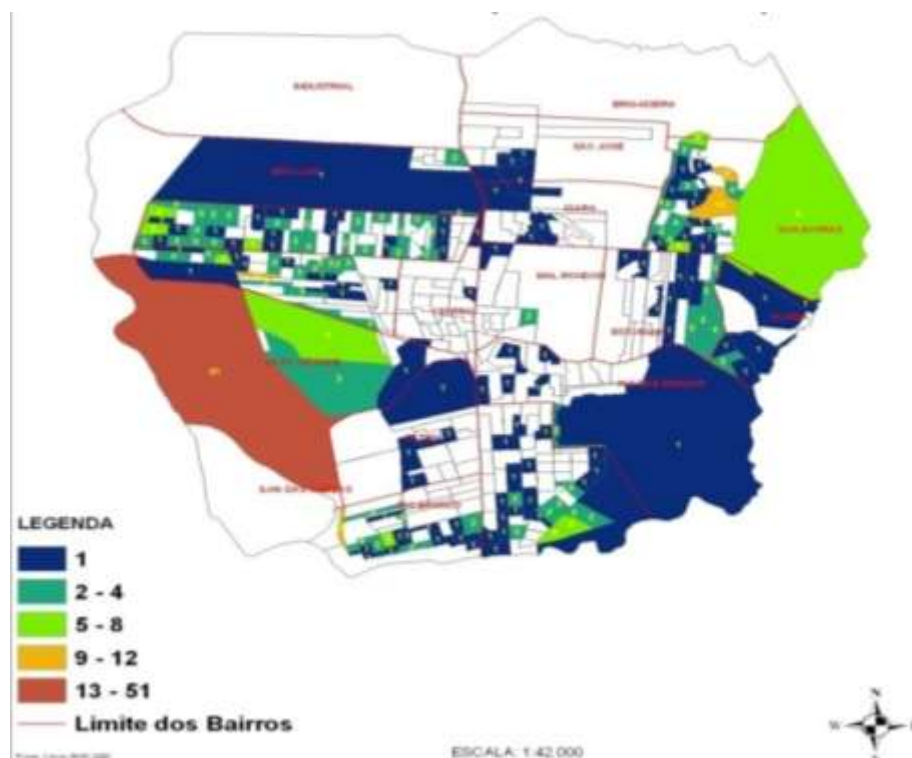


Fonte: Autora (2012).

O maior problema do Guajuviras é a violência, que é agravado pelas favelas que existem dentro do bairro e da falta de policiamento. Os crimes, relacionados às drogas, são os principais delitos que acontecem diariamente e deixam a população assustada.

O bairro recebeu recursos do Programa Nacional de Segurança com Cidadania (PRONASCI) e se tornou um dos *Territórios da Paz*, recebendo ações comunitárias, monitoramento com câmeras de vídeo e o inédito, no Brasil, Sistema de Detecção de Disparos de Armas de Fogo. Segundo os dados do Cadastro Técnico e Geoprocessamento da cidade de Canoas, a partir dos dados censitários IBGE (2010), Figura 6, o bairro Guajuviras é composto fundamentalmente por uma população de baixa renda. O grupo social que veio a constituir o bairro Guajuviras era e continua sendo formado, em sua maioria, por trabalhadores autônomos e informais.

Figura 6 - Número de responsáveis pelos domicílios com renda até 1/2 salário mínimo



Fonte: CANOAS. Instituto Canoas XXI Geocanoas. **Diagnóstico socioeconômico censo IBGE 2000**. Canoas, 2010, p. 17.

A sede da Cooperativa situa-se, especificamente, na comunidade Parque São José, no coração do bairro Guajuviras. A comunidade São José é composta de aproximadamente 5.500 habitantes.

A formalização da Cooperativa possibilitou ao grupo de trabalhadores o estabelecimento de parceria com empresas para realização da triagem de materiais e a prestação de serviços de limpeza para terceiros, assim como com a Prefeitura do município de Canoas, para a realização da coleta seletiva no Programa Coleta Seletiva Compartilhada.

3.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Em uma pesquisa qualitativa, a amostragem é tipicamente variável, pois ela não obedece necessariamente a critérios estatísticos. Mais do que se preocupar com a generalização, o pesquisador deve dedicar-se ao aprofundamento, à abrangência e à diversidade no processo de compreensão do seu objeto – seja ele um grupo social, uma organização, instituição ou uma política (MINAYO, 2006).

No presente trabalho, portanto, interessa o conhecimento, a descrição e o aprofundamento das situações relacionadas ao objeto de estudo. Por esse motivo, os sujeitos, observados e entrevistados, foram os catadores cooperativados. Os participantes da pesquisa, representados pela totalidade dos catadores cooperados, foram convidados e concordaram em participar voluntariamente, sendo respeitado o seguinte critério de inclusão: serem cooperados e atuarem diretamente no processo de triagem.

A proposta do estudo foi apresentada em uma reunião, em que estiveram presentes o pesquisador, o presidente, a coordenadora e a secretária da Cooperativa. Explicitados os objetivos e ouvidos o interesse da Cooperativa, que é a obtenção de dados estruturados ao término da pesquisa, para que estes possam ser inseridos no descritivo de projetos para a captação de recursos junto a editais públicos e privados, a reunião foi encerrada, com o cronograma de visitas estabelecido.

Na reunião, também foram apresentados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e o Termo de Autorização de Uso de Imagem (APÊNDICE B). Na reunião em foco, a pesquisadora esclareceu sobre a participação livre, a garantia de sigilo das identidades, o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, os riscos e os benefícios, bem como disponibilizou os seus contatos, no caso de haver quaisquer dúvidas a serem dirimidas.

Para Goldim (1997, p. 113), “o consentimento informado tem quatro componentes principais: a informação, a compreensão, a competência e a voluntariedade”. Nesse sentido, Polit, Beck e Hungler (2004, p. 87) explicam que

o consentimento significa que os participantes têm informações adequadas em relação à pesquisa; compreendem a informação e têm o poder da livre escolha, podendo, assim, participar voluntariamente na pesquisa ou declinar a participação. Os pesquisadores podem documentar o processo de consentimento, fazendo com que os participantes assinem um formulário de consentimento.

Os aspectos éticos foram contemplados, de forma que o projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, sob o Protocolo de Pesquisa nº 91/2013.

3.5 OBTENÇÃO DOS DADOS

De acordo com Yin (2005, p. 82), a preparação da coleta de dados

[...] pode ser uma atividade complexa e difícil e, se não for realizada corretamente, todo o trabalho de investigação do estudo de caso poderá ser posto em risco, e tudo o que foi feito anteriormente – ao serem definidas as questões da pesquisa e projetado o estudo de caso – terá sido em vão.

Goldim (1997, p. 140) também aponta que os instrumentos “devem ser planejados com todo o cuidado, mantendo sempre presente a finalidade do projeto e a sua adequação à forma de obtenção dos mesmos”.

Com a finalidade de evitar vieses e aumentar a confiabilidade das evidências obtidas, este estudo obedeceu ao princípio da *triangulação de evidências* — usualmente preconizado na condução de estudos de caso e na realização de pesquisa qualitativa de forma geral. Ele envolve a comparação de resultados durante a análise dos dados, entre duas ou mais fontes de evidências.

Para Yin (2005), o uso de múltiplas fontes de evidência é uma forma de aumentar a validade do *constructo*, o que contribui, operacionalmente, para a objetividade e o encadeamento das evidências obtidas.

Minayo (2006) caracteriza a triangulação como uma combinação e cruzamento de métodos, de múltiplas técnicas de abordagem, de coleta de dados, de vários pontos de vista e de várias críticas, elaboradas sobre um mesmo resultado de pesquisa. Segundo Deslandes e Gomes (1993), embora haja muitas formas e técnicas de realizar o trabalho de campo, dois são os instrumentos principais desse tipo de trabalho: a observação e a entrevista.

Neste estudo os dados foram coletados por meio da observação participante, com registro, em diário de campo, de entrevistas individuais semiestruturadas (APÊNDICE C) e de um questionário socioeconômico (APÊNDICE D) e uma sessão de grupo focal.

Procurou-se, assim, a comparação dos dados obtidos, de forma a fortalecer o seu significado por meio da contradição. A análise ocorreu entre o conteúdo registrado no diário de campo, os dados, obtidos por meio do questionário socioeconômico, das entrevistas individuais e da sessão do grupo focal. Esses procedimentos associados facilitaram, a partir da organização e análise dos dados, a estruturação das categorias e a formulação de questões reflexivas que foram trabalhadas com o grupo de catadores, a partir da técnica do grupo focal.

A observação participante exigiu do pesquisador a capacidade de se colocar em um espaço de observação, sem criar sentimentos de desconforto ou exposição por parte dos participantes do estudo. Tal dinâmica pede cautela com a aproximação do local e de seus integrantes. Uma apresentação, que explica a presença e solicita

aos catadores permissão para estar compartilhando com eles as atividades no ambiente de trabalho, costuma ser um caminho razoável. Neste caso, ao adotar esse encaminhamento, o acesso aos espaços da unidade de triagem foi consolidado de forma livre e consensual.

À medida que a pesquisadora se tornava mais conhecida, naturalmente ia-se demonstrando mais interesse pelo que era observado. Diante da forma que o estudo foi adquirindo e da riqueza das observações reveladas em campo, percebeu-se a importância de ter o objeto do estudo bem delimitado, a fim de que as observações fossem direcionadas para os fatos que o cercavam, sem desconsiderar o contexto. A coleta de dados, mediante observação direta, possibilitou à pesquisadora permanecer engajada na vida do grupo, como um “espectador interativo” (VERGARA, 2005).

O trabalho exigiu uma constante retomada das bases teóricas, para que as reflexões fossem referentes ao contexto e que não, meramente, estivessem associadas às percepções da pesquisadora. A observação participante foi organizada nos dias de rotina regular, ou seja, entre segunda e sexta-feira, a partir de dez turnos de quatro horas, cumpridos em um período de dois meses, de uma a duas vezes por semana.

A observação também facilitou o envolvimento direto com a rotina dos catadores, e, durante as inserções, prevaleceram, na medida do possível, a espontaneidade e a informalidade no momento dos diálogos. Isto favoreceu, com naturalidade, o espaço para aplicação da entrevista semiestruturada, com o compromisso de promover o diálogo, tornando-se esta técnica um espaço rico em informações. Somente, à medida que houve maior interação com os membros do grupo, é que as entrevistas semiestruturadas ocorreram.

Marconi e Lakatos (2006, p. 88) definem a observação participante como sendo

[...] uma técnica de coleta de dados, para conseguir informações, e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também, em examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar.

Pádua (2004, p. 79) coloca que

o nosso conhecimento do mundo físico e do mundo social se realiza a partir da observação espontânea, informal ou assistemática; registramos os fatos observados a partir de nossa experiência, cultura, visão de mundo, tentando buscar uma explicação para a realidade e as relações entre os fenômenos que a compõem.

A observação participante buscou captar tudo aquilo que não será dito na aplicação dos instrumentos formais. Para isso, a observadora se valeu do apoio de informantes, de pessoas dispostas a dar informações, sempre que solicitadas, em meio aos integrantes do grupo. Segundo Geertz (1989, p. 33), o “[...] trabalho de campo, quase obsessivo de peneiramento, em longo prazo, principalmente (embora não exclusivamente) qualitativo, altamente participante, é realizado em contextos confinados”.

O registro sistemático e completo foi uma regra importante para o registro de campo. Assim, alguns cuidados foram observados: cada relatório descritivo indica a data, o nome das pessoas com quem se manteve algum diálogo, as atividades, o horário e a duração da observação.

Ao considerar que o espaço de observação foi o ambiente de trabalho dos catadores, a dinâmica permitiu que, naquele momento, com apoio de uma prancheta, caneta e papel, fossem feitas as notas de campo que mapeavam a situação, as falas, as ações, os gestos e os olhares. Em seguida, tais anotações foram sistematizadas e organizadas no diário de campo, de forma detalhada e descritiva. De acordo com Bogdan e Biklen (1994, p. 152), o objetivo do registro descritivo é “captar uma fatia da vida”, com a consciência de que “a descrição, até certo grau, representa escolhas e juízos, decisões acerca do que anotar, e, sobre a utilização exata das palavras, o investigador qualitativo em educação procura ser preciso dentro desses limites” (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 152).

Os registros no diário de campo também são compostos pelo que Bogdan e Biklen (1994, p. 152) chamam de “parte reflexiva das notas de campo”, além da parte descritiva. É nesse momento em que registramos as impressões, os

sentimentos, as ideias, os problemas e os planos para a próxima observação, que possam esclarecer ou corrigir incompreensões de notas anteriores.

Marconi e Lakatos (2006, p. 92) compreendem a entrevista como um

[...] encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social.

Para a aplicação das entrevistas, os sujeitos entrevistados foram escolhidos de maneira aleatória. A partir da listagem dos vinte e quatro (24) catadores associados à Cooperativa, excluídos os nomes do presidente e da secretária que são responsáveis por atividades administrativas e de quatro outros cooperados que estavam afastados por questões pessoais, os nomes de cada sujeito foram transcritos para um pequeno pedaço de papel. Cada um desses pedaços de papel foi dobrado e colocado em um recipiente e, a partir disto, na presença da secretária da Cooperativa, da pesquisadora e de dois representantes dos catadores, os nomes foram sorteados. Na ordem do sorteio, foi estruturada uma nova listagem composta pelos dezoito (18) nomes, com isto cada catador passou a ser reconhecido por um número. Esses dezoito (18) sujeitos, na sequência em que eram novamente sorteados, foram convidados a conceder a entrevista. Foram entrevistados sete (7) catadores, sendo que dois (C1 e C6), quando sorteados, não aceitaram participar da entrevista. Nesse caso, procedeu-se um novo sorteio, a fim de encaminharmos à entrevista subsequente.

Para a realização das entrevistas semiestruturadas, foi adotada a definição de Minayo (2010, p. 261), para quem uma entrevista "[...] é, acima de tudo, uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa [...]". Ainda, segundo essa autora, a entrevista semiestruturada se distingue pela utilização de um roteiro que facilite a abordagem de todos os pontos de interesse, mas, sem restringir a fala dos entrevistados. Para May (2004, p. 145), "as entrevistas geram compreensões ricas das biografias, experiências, opiniões, valores, aspirações, atitudes e sentimentos das pessoas".

Foi assegurado o sigilo dos dados, e, com o quebra gelo inicial, a partir da terceira semana da observação participante, iniciaram-se as entrevistas. A pesquisadora criou um clima descontraído para a conversa, retomando a explicação dos motivos da pesquisa, combinando com os fatos do dia a dia, advindos da observação participante. As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e todas foram gravadas por meio de gravador digital e transcritas por profissional qualificado.

Segundo Deslandes (1993, p. 68), “a inter-relação que contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia a dia, as experiências e a linguagem do senso comum no ato da entrevista é condição *sine qua non* do êxito da pesquisa qualitativa”.

O roteiro de entrevista, composto por treze (12) perguntas abertas, orientou a conversa verbal, com os sete (7) cooperados entrevistados e, na medida do possível, obedeceu a ordem prevista pelo roteiro, sendo que, muitas vezes, o pesquisador acrescentou, retomou e lembrou algumas questões aos respondentes. É importante destacar que as entrevistas, além de geradoras de evidências, tiveram também um significativo valor narrativo e histórico.

Para Polit, Beck e Hungler (2004, p. 254): “O *pré-teste* é um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas”.

Goldim (1997, p. 86-87) complementa, esclarecendo que,

após a elaboração do rascunho do instrumento a ser utilizado, o mesmo deve ser submetido à revisão de um elemento externo ao grupo de trabalho. A pessoa escolhida deve ter experiência no assunto a ser pesquisado na elaboração de instrumentos de coleta de dados ou, preferentemente, em ambos. Poderá ser realizado um teste piloto, visando a verificar a adequação do instrumento e ao levantamento de eventuais dificuldades na sua utilização. As condições de realização do teste piloto devem ser as mais próximas possíveis da situação real do estudo.

Atendendo à sugestão de autores, como Goldim (1997), Polit, Beck e Hungler (2004), Marconi e Lakatos (2006), que orientam o pesquisador a fazer um *pré-teste* com os instrumentos de coleta de dados antes deles serem aplicados, o roteiro da

entrevista semi estruturada e o questionário sócioeconômico passaram por um teste piloto.

A partir desse teste piloto, aplicado a dois catadores que não pertenciam à Cooperativa, mas faziam a coleta seletiva nos domicílios da cidade de Canoas e repassavam o material reciclável para a Cooperativa. O instrumento inicial do questionário sócioeconômico sofreu uma adequação na questão 62, na qual foi acrescentada a opção Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Da população alvo, composta de dezoito (18) catadores, conforme o descritivo anterior, foram dezesseis (16) catadores que, voluntariamente, aceitaram responder o levantamento sócioeconômico. O questionário sócioeconômico foi aplicado pela pesquisadora no ambiente de trabalho, contudo houve dois catadores (C17 e C18) que insistiram em levar o questionário para responder em casa e não mais o devolveram, e, casualmente, estes dois catadores foram sorteados para a entrevista semiestruturada. Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário criado e testado pela pesquisadora, composto por 65 perguntas fechadas, envolvendo informações sociodemográficas e questões sobre o acesso cultural e social, condições de moradia, experiência profissional e de renda e questões gerais sobre ambiente de trabalho e a sua relação com a saúde.

O questionário foi aplicado entre os meses de agosto e setembro de 2012. Os catadores, após aceitarem responder o questionário, receberam uma breve explanação sobre o mesmo, destacando os seus objetivos e garantindo a segurança quanto à preservação de sua identidade.

Com a leitura flutuante dos registros no diário de campo e do material gerado das gravações das entrevistas individuais, três questões foram estruturadas (APÊNDICE E). Com isto, o grupo focal foi incluído no processo de obtenção de dados, como uma fonte complementar, visando a compreender diferenças e divergências, contraposições e contradições (GATTI, 2005) que, em combinação com as outras técnicas, integrou a triangulação como parte do processo de validação dos dados.

Minayo (2006) diz que o grupo focal consiste em uma técnica de inegável importância, para se tratar das questões no ângulo social, porque se presta ao estudo dos vários processos de trabalho e também da população.

Esses mesmos autores informam que a técnica deve ser composta por, no mínimo, quatro (4) e, no máximo, doze (12) pessoas. No estudo em questão, a pesquisadora convidou os dezoito (18) catadores cooperados, quatro (4) (C2, C5, C11, C15), participaram da sessão, talvez, pelo fato de a sessão ter ocorrido em um sábado pela manhã, e este ser um dia da semana, no qual normalmente não ocorrem atividades no galpão da unidade de triagem. No convite, realizado pela própria pesquisadora, foi oferecido, como estímulo para a participação dos catadores, um café com cuca.

Foi realizada uma sessão em grupo que ocorreu nas dependências da sala de lanches, anexa ao galpão da unidade de triagem, a qual teve duração de duas horas, e, neste encontro, regado com café, leite e cuca, emergiram aspectos da vivência desse coletivo de catadores, com a riqueza dos detalhes e do jeito de falar deles.

O registro da sessão do grupo focal foi efetuado por meio da gravação de áudio, e o gravador permaneceu no centro da mesa, na qual foi servido o café e onde os catadores participantes e a pesquisadora sentaram no entorno. Para condução do grupo focal, a pesquisadora seguiu o roteiro das três questões provocadoras, mas não, à risca. O roteiro em foco serviu de referência para a orientação dos discursos, quando os assuntos se esgotavam, facilitando, desta forma, as discussões, encorajando os depoimentos e assegurando espaço para que todos os participantes se expressassem. Contudo, a pesquisadora procurou falar pouco e ouvir mais, fazendo intervenções, quando necessário, para manter o debate focado.

3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Primeiramente organizou-se:

- um resumo, demonstrando a caracterização da população, da amostra e a sua participação quanto aos instrumentos de coleta de dados (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos sujeitos

Catador	Idade	Sexo	Questionário sócio econômico	Entrevista semi estruturada	Grupo Focal
C1	58	F	R		
C2	55	F	R		P
C3	38	F	R		
C4	41	M	R		
C5	42	F	R		P
C6	22	M	R		
C7	34	F	R	P	
C8	38	F	R	P	
C9	41	F	R		
C10	36	F	R	P	
C11	20	F	R		P
C12	29	F	R	P	
C13	34	F	R		
C14	25	M	R		
C15	42	F	R		P
C16	38	M	R	P	
C17	46	F	NR	P	
C18	45	F	NR	P	

Fonte: Base de dados da pesquisadora (2013).

Legenda:

F= feminino
M= Masculino
R= respondeu
NR= não respondeu
P= participou

Para a organização e a análise dos dados, foram utilizadas duas estratégias: a primeira, mais restrita e de caráter quantitativo, teve como objetivo a organização estatística dos dados obtidos pelo questionário socioeconômico, a fim de identificar variáveis que pudessem ajudar, por meio da triangulação das evidências, a inferir no conteúdo a ser analisado a partir das entrevistas.

A segunda análise, com objetivos mais amplos, foi de natureza essencialmente qualitativa e seguiu o método da análise de conteúdo – que, de acordo com Bardin (2008, p. 44), é definido como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores [...] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] dessas mensagens.

Uma categorização operacional prévia foi realizada, a partir de uma leitura flutuante do conteúdo degravado das sete entrevistas, assim como das anotações do diário de campo. Nessa pré-análise, considerando não ter havido diferenciação na forma de observar e entrevistar os sujeitos e seguindo a regra da exaustividade, foram realizadas várias leituras. Durante essas leituras, por muitas vezes, a operação classificatória se organizava, por meio da ordem corrente da frase, e mentalmente a pesquisadora buscava a dependência funcional da linguagem evidenciada na frase, estabelecendo quase que uma produção do texto, a partir de um sentido próprio, quando se entrelaçava com as lembranças da observação participante, a visualização do acervo do registro fotográfico e a complementação do conteúdo, através dos registros da única sessão do grupo focal.

Após a pré-análise, foi realizada a codificação dos dados obtidos, visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto (MINAYO, 2006). Também foram revisados os dados quantitativos do questionário socioeconômico que favoreceram a complementação dos dados, e, desta forma, a decomposição, a estruturação e o entrecruzamento do material coletado propiciou o agrupamento das expressões, ideias, falas que foram classificadas em unidades de significado. Atenta, para selecionar os elementos representativos e condizentes com o problema e os objetivos da pesquisa e organizar os conteúdos afins dentro de um mesmo conjunto de dados e cuidando, para selecionar os conteúdos relevantes, foi possível elaborar as categorias deste estudo, tais como:

- identidade e profissão;
- ambiente de trabalho;
- representação da saúde integral;
- educação para saúde e a diversidade de espaços.

Com a análise, aos poucos, foi se revelando o que estava por trás dos conteúdos manifestos, indo além do que foi comunicado. O critério para recorte das

unidades de significado foi de ordem temática, envolvendo a captação do sentido da informação registrada pela pesquisadora.

Na reflexão feita por Laville e Dionne (1999, p. 197), salienta-se que:

[...] a análise e interpretação não são imediatamente possíveis. Os dados que o pesquisador tem em mãos são de momentos, apenas materiais brutos: respostas assinaladas em um formulário, frases registradas no gravador, notas trazidas por uma observação participativa, série de mapas antigos, fotocópias de artigos publicados, por tal jornal ou coleções de jornais, tratando de um tema particular [...] Esses dados precisam ser preparados para se tornarem utilizáveis na construção dos saberes. O pesquisador deve organizá-los, podendo descrevê-los, transcrevê-los, ordená-los, codificá-los, agrupá-los em categorias [...] Somente, então, ele poderá proceder às análises e interpretações que o levarão às suas conclusões.

Sobre esta perspectiva, Minayo (2006, p. 307) assevera que

os pesquisadores que buscam a compreensão dos significados no contexto da fala, em geral, negam e criticam a análise de frequências das falas e palavras como critério de objetividade e cientificidade e tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir, mediante interferência, uma interpretação mais profunda.

Tais categorias podem ser compreendidas como “[...] classe, ou grupo ou tipo em uma série classificada. Para o estabelecimento de categorias importantes, devem ser observados certos princípios de uma classificação” (MARKONI; LAKATOS, 2006, p. 146).

Neste sentido, segundo Franco (2005, p. 57), o processo de categorização “[...] é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação seguida de um reagrupamento baseado em analogias, a partir de critérios definidos” (FRANCO, 2005, p. 57). A utilização de categorias temáticas é utilizada em pesquisas que se direcionam para “[...] representações sociais, opiniões, expectativas, valores, conceitos, atitudes e crenças” (FRANCO, 2005, p. 39). Nesta perspectiva, conforme Bogdan e Biklen (1994, p. 221):

À medida que os dados vão sendo lidos, repetem-se ou destacam-se certas palavras, frases, padrões de comportamento, formas dos sujeitos pensarem e acontecimentos. O desenvolvimento de um sistema de codificação envolve vários passos: percorre os dados na procura de regularidades e padrões, bem como tópicos presentes nos dados e, em seguida, escreve

palavras e frases que representam estes mesmos tópicos e padrões. Estas palavras ou frases são categorias de codificação. As categorias constituem um meio de classificar os dados descritivos que recolheu (os símbolos, segundo os quais organizaria os brinquedos), de forma a que o material contido num determinado tópico possa ser fisicamente apartado dos outros dados. Algumas das categorias de codificação surgirão à medida que for recolhendo os dados. Deve anotar estas categorias para utilizá-las mais tarde.

Na fase do tratamento dos resultados, inferência e interpretação, foi realizada uma incursão, e os dados coletados foram organizados, de acordo com as categorias temáticas, surgindo, então, as subcategorias, conforme está demonstrado no Quadro 3.

Quadro 3 - Categorias e subcategorias de análise

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Identidade e profissão	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusão social - Reconhecimento profissional
Ambiente de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Enfrentamento nas experiências com acidentes e doenças ocupacionais - Sofrimento e prazer
Representação da saúde integral	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades nas horas vagas - Espiritualidade - Saúde e autonomia
Educação para saúde e a diversidade de espaços	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços de saúde - Escola

Fonte: Autora (2013).

A inferência e a interpretação dos dados coletados ocorreram com o cuidado de estabelecer relações, realizando um diálogo com o referencial teórico que fundamenta a pesquisa.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

4.1 NOTAS SOBRE O OLHAR E A SUA PECULIARIDADE NO ESTUDO

Embora o acesso à Cooperativa seja por ruas asfaltadas, a sua sede fica em uma das poucas ruas de chão batido. A primeira visão não agrada, observa-se um grande galpão, cheio de sacos, do tipo fardos, com material para ser reciclado, e sente-se um forte odor no ar.

A entrada do galpão é atentamente supervisionada por um cachorro preto, sujo, com uma cara simpática, rodeada de moscas, e muito atento a todos que entram no local. O Negão (esse era o nome do cachorro recepcionista) recebe a todos de longe com um jeito meio apático (Figura 7).

Figura 7 - “Negão”, o recepcionista



Fonte: Autora (2012).

Logo, na entrada do galpão, avistam-se várias mulheres trabalhando nas mesas de triagem. Nessas mesas, são separados os materiais que ficam acondicionados nos sacos ou sacolas plásticas que são empilhados a ponto de formar um grande paredão.

Em um mezanino, na parte de trás do galpão, fica a sala do presidente da Cooperativa, e, desta sala, quando a porta está aberta, é possível observar as mesas de triagem. As mulheres da mesa de triagem, quando observadas, levam o observador a ser fitado por vários pares de olhos. Tal situação lembra Bauman (2007), ao dizer que, na interação humana, nunca apenas se observa, pois, ao mesmo tempo em que observamos, estamos sendo observados. Talvez, os objetivos sejam diferentes, mas a ação, recíproca.

Quando se desce do mezanino, ao chegar mais perto das mesas de triagem, encontram-se os contêineres de separação de *pet*, um ambiente rodeado de moscas, mosquitos e abelhas. O cheiro exalado pelo material é forte e parece impregnar-se nas roupas e na pele. Causa um pouco de nojo, sensação que aumenta, quando observadas as luvas das mulheres que trabalham nas mesas de triagem, encharcadas de chorume³.

O trabalho é difícil e causa constrangimento nos trabalhadores, certamente, pelas suas mãos que, cobertas pelas luvas, manuseiam material em decomposição. No nível das prensas de outros plásticos, que não o *pet*, trabalhava uma mulher (C3), tirando rótulos e tampinhas de potes plásticos. Ela relatou que tinha três (3) filhos, que a menina de 15 anos queria ser diferente, indo estudar, para ser gente na vida. Continuou falando que já fazia alguns anos que estava na Cooperativa e iria pagar um cursinho para a filha, com o dinheiro que recebia do trabalho.

Os agravos e os riscos, identificados e visualizados no ambiente de trabalho, são muitos: o ambiente tem um odor fétido, animais, como cachorros e gatos, circulam por toda parte, acompanhados de pombos e outros insetos.

Em contrapartida, no ambiente, existem também muitos enfeites decorativos, objetos encontrados no lixo que são fixados nas grades e nas paredes, como pode ser constatado na Figura 8. As pessoas conversam e riem, e o clima é amigável em um ambiente tão hostil. Todos têm um bom humor e se ajudam.

³ Chorume: substância líquida, resultante do processo de putrefação (apodrecimento) de matérias orgânicas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Departamento de Química. Grupo de Desenvolvimento de Técnicas Avançadas para o Tratamento de Resíduos. **Chorume**. Disponível em: <<http://www.quimica.ufpr.br/tecnotrater/chorume.htm>>. Acesso em: 23 dez. 2013).

Figura 8 - Enfeites decorativos



Fonte: Autora (2012).

Fardos de até 160 quilos são arrastados pelos homens. Um homem, com um sorriso fácil (C16), conta que faz isso o dia todo e que trabalha cerca de 14 horas diárias. Não usa luvas nem tampouco nenhum outro equipamento de proteção, dizendo desnecessários para seu trabalho na prensa. Relatou também que faz qualquer trabalho, menos triar nas mesas, porque aquilo *“lá é trabalho perigoso, que é cheio de material de hospital, que até pedaço de gente eles já tinha achado e que ele pra lá não ia”*. Disse que era *“homem pra muita coisa, mas, pra aquilo lá não”*. Logo depois de arrastar o terceiro fardo, complementa a fala, dizendo que achou *“tripa podre”* ali no meio e que ficou mal.

Para a hora do café da tarde, C17 convidou a todos. Na sala de lanches, anexa ao galpão, independente da lavagem das mãos, os catadores se serviram de café, leite, pão e margarina, e a colher do açúcar foi compartilhada por todos. C6 alertou que a colher serve para dosar e servir o açúcar, assim como para mexer o café e não *“pode colocar na boca”*. Passados vinte minutos do intervalo para o café, cada catador lavou a sua xícara e seguiu para o seu posto de trabalho. Os homens, no serviço externo, descarregavam e carregavam os caminhões da coleta seletiva e lidavam com as prensas, as mulheres ficavam na triagem e em outras atividades, como C17, que ajudava, eventualmente, na pesagem do material.

Na posição da triagem, os riscos são grandes, e, em determinadas ocasiões, o que sai de dentro dos sacos e sacolas de lixo que, a princípio, deve ser reciclável, é uma surpresa, como nos casos do lixo hospitalar: são frascos de soro, seringas, gases, ampolas e agulhas misturadas ao lixo reciclável. Como no registro, em que C9 destaca: *“Olha aqui uma agulha! a gente tinha um frasco cheio delas, e esses tempos atrás uma colega se picou”*. Outras mulheres olhavam e conversavam, dizendo terem encontrado um uripen⁴ cheio de secreções. O líquido é fétido e viscoso, com isto o risco dessa secreção atingir a mucosa ocular⁵ ou ultrapassar a luva é sempre muito grande.

Nos dias de chuva, as poças de água estão por toda a parte, com isto, os gatos e cachorros ficam na aba do telhado do galpão. Os gatos costumam caçar os ratos que lá habitam. Em dias como esse, os catadores parecem desanimados: o dia cinza contribui para que a pouca iluminação entristeça o ambiente de trabalho.

Em certos dias, não há nada para pensar, então os homens ajudam a retirar o material armazenado no grande paredão do galpão, arremessam os sacos do alto que, ao caírem próximos das mesas, acabam se rompendo e distribuindo material, inclusive cacos de vidros por todo o chão. O C7 chamou a atenção dos homens, que, por consequência, passaram a descer os sacos de maneira mais delicada.

Os homens também descarregam os caminhões e ajeitam o galpão, para receber novas cargas, e, neste tempo de espera entre uma carga e outra, C16 disse que uma gata tinha tido quatro gatinhos e que todos cuidam dos gatos e cachorros que vivem no pátio da Cooperativa, inclusive fazendo “vaquinhas”, para pagar as vacinas.

Ao contrário dos dias de chuva, nos dias de sol, o pátio em torno do galpão parece mais limpo, entretanto, nos dias de calor, o cheiro é mais forte. Mas, independente do dia, os catadores recebem a todos de maneira doce e gentil, e isto

⁴ Uripem®: **dispositivo para incontinência urinária – adaptado o sexo masculino**. Disponível em: <<http://www.2011.biomedsp.com.br/index.php/produtos/>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

⁵ Mucosa ocular: membrana transparente que reveste a parte branca do olho e a superfície interna das pálpebras (MURTA, Genilda Ferreira (Org.). **Dicionário brasileiro de saúde**. 3. ed. São Caetano do Sul, 2013, p. 75).

sempre surpreende, pois a hostilidade do local faz pensar que as pessoas que lá estão, por terem um trabalho duro e sujo, seriam rudes e de difícil acesso.

4.1.1 O discurso dos sujeitos

Aos poucos, os catadores se acostumaram com a pesquisadora no ambiente de trabalho deles, e isto foi algo que ocorreu lenta e gradualmente. Com a aproximação, além de mostrarem que a catação exigia técnica, declararam estar envolvidos de um sistema de significados negativos que, em muitas vezes, os distancia dos demais membros da sociedade: No registro do diário de campo, a fala do C2 nos faz refletir sobre a questão:

“uma mulher tava sentada na frente, acho que era com o marido dela, ou com outra mulher, e começou a me olhar. Eu falei: O que tá me olhando? Isso, aqui é um emprego, é no lixo que eu trabalho, eu trabalho honestamente né. Não tô roubando e não tô traficando. Mas xinguei a mulher, parei na frente da casa da mulher e xinguei ela”.

Segundo o depoimento dos catadores, esse distanciamento impede o acesso não só das pessoas, mas também, das instituições, capazes de acolher seus problemas ou de repassar informações e orientações. Às vezes, isso atrapalha até mesmo na hora de buscar as informações que poderiam orientar para uma melhor condição de vida: *“no posto, na UPA, não me falam. Não falam nada. Só tratam, Aham. É importante eles fazer a explicação. A gente se cuidar melhor”*, diz o catador C9, quando questionado pela pesquisadora durante a observação, no momento em que encontrou agulhas na mesa de triagem. Em muitos momentos, foi possível testemunhar o quanto este estigma pode interferir diretamente na educação para saúde do catador.

Mas, talvez, essa manifestação tenha sido possível, porque foram questionados e, com isto, puderam verbalizar as suas ideias. Contudo, a possibilidade de produzir essa afirmação, se deve ao fato de ser diferente do que se constata na proposta dos programas de educação para saúde, esses catadores não estabelecerem uma relação direta de acolhida com os serviços de saúde do bairro. Até então, o estigma era algo que apenas os distanciava da sociedade, entretanto, a partir de agora, ele interfere na qualidade de vida e, por que não dizer, na saúde

integral desse trabalhador. Segundo os sujeitos do estudo, o modo como se vestem, como se expressam e como vivem faz com que os profissionais da saúde partam do pressuposto de que não há como orientar, preferindo apenas tratar. Essa afirmação por parte dos catadores abre espaço para novas questões. Quem orienta? Quem escuta? Quem informa?

C1, relutante em falar sobre o trabalho como catador, diz chorando que não está bem. Conta que o filho está com problemas na escola, que ele não consegue aprender a ler e acha que o menino ficou assim por ter visto o pai ser assassinado. Esse mesmo catador afirma ter procurado apoio psicológico e que gostaria de ter alguém, para ouvi-lo e orientá-lo, mas não deram atenção, foi a professora quem escutou e *“falô coisas boas”*. Sua necessidade, se não se refere às dores musculares ou aos riscos de trabalhar na triagem, o foco passa a estar na emoção, ao falar da discriminação que sofria no início do trabalho como catador: *“Era mal vista pelas pelos vizinhos”*. Entretanto, revela que hoje se sente digna e respeitada por todos, até por pessoas estudadas, como as professoras da escola, pela atenção que teve por parte das professoras da escola que o filho frequenta.

Conforme C16, há poucas coisas que os assustam, e uma delas é *“essa tal de AIDS e alguma hepatite, só não sei qual”*. De acordo com o discurso desse grupo de catadores, a reorganização dos serviços de saúde é colocada como uma das estratégias, a fim de viabilizar ações que eduquem para a saúde. Referem que mudanças na formação e nas atitudes dos profissionais sejam requisitos para que as suas necessidades sejam entendidas de uma forma integral.

A educação para saúde tem sido, conforme o discurso desses catadores, um instrumento de dominação, de afirmação de saber dominante e de responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde. C5 contou que estava fazendo a separação do material na mesa e sentiu-se arranhada e, quando olhou, uma agulha com seringa havia lesionado o seu abdômen. Na hora, começou a chorar com medo de ter contraído alguma doença, pensou nos filhos e que, caso tivesse contraído AIDS, não poderia mais cuidar deles: *“Eu procurei o médico, eu tenho acompanhamento do médico uma vez por mês. Procuro ver se tá tudo bem. É medo, né? Ele não diz nada, só diz que tá bem”*.

Em outras circunstâncias, alguns profissionais da saúde trabalham a educação para saúde, entendendo que os catadores encontram, na organização da Cooperativa, uma alternativa de reafirmação social, segundo o relato de C6, na hora do café: *“Nos toma todos junto, café e açúcar, com uma colher pra todos, só não pode por na boca. Isto eu aprendi no posto do avião com a moça da nutrição, ela me disse prá fala pros outro”*.

O trabalho dos catadores se confronta com conceitos, tais como: riscos ocupacionais, qualidade de vida, cooperativismo, meio ambiente, entre outros. Esses conceitos, quando trabalhados a partir da realidade desse grupo, podem mudar, efetivamente, a forma e os resultados de um programa de educação para saúde, transformando os supostos pacientes em cidadãos, coparticipes do processo de construção de sua saúde integral.

4.2 PERFIL SOCIOECONÔMICO

As variáveis, para traçar o perfil dos sujeitos do estudo, foram relativas aos seguintes aspectos: idade, sexo, escolaridade, participação cultural e social, experiência profissional e renda, benefícios sociais, tamanho da família e condições de moradia, vivências com doenças e acidentes, bem como acesso a serviços de saúde.

As variáveis “idade” e “grau de instrução” foram escolhidas, com o intuito de pesquisar a relação entre a percepção da educação para saúde integral e os valores e os fatores culturais.

As variáveis, relacionadas à naturalidade, situação conjugal, tamanho das famílias, condições de moradia, renda benefícios sociais, atividade econômica e acesso a serviços de saúde foram escolhidas para definição do perfil socioeconômico. O perfil de vivências com doenças e acidentes ocupacionais foi escolhido, para investigar se a memória e as experiências influenciam na percepção de saúde integral.

O tempo de serviço como catador orientou a avaliação da existência de particularidades na percepção da educação para a saúde integral, relacionada ao tempo de exposição ao ambiente de unidade de triagem.

Foram 16 catadores cooperados que, voluntariamente, responderam o questionário socioeconômico. Dos catadores entrevistados, a maioria (75%) é do sexo feminino. Em relação à distribuição da faixa etária, os catadores apresentam uma distribuição equilibrada, pois 25% possuem idade entre 20 a 30 anos; 37,5%, de 30 a 40; 25%, de 40 a 50; e 12,5%, de 50 a 60.

A maioria (93,75%) gosta do seu trabalho, e este mesmo percentual optou por trabalhar na reciclagem pela proximidade da residência; 62,50% sentem-se satisfeitos com o trabalho; 68,75% consideram o trabalho importante; e 31,25%, muito importante, embora 50% deles acreditem que o catador seja visto pelos outros como sem importância. Contudo, os outros 50% percebem uma mudança, conforme o discurso do C1:

“Ah! Era discriminado, né? Era só, uns diziam que o catador era lixeiro, né? As pessoas viam com outro jeito, assim, de nojo assim. Agora não, agora é normal. Até as pessoas que são mais do que a gente conversam e falam que é bom o serviço que a gente faz, né? Melhorou bastante!”

Dos entrevistados, 56,25% se sentem discriminados pelo trabalho que realizam. Miura (2004), nessa mesma linha de raciocínio, afirma que catar material reciclável é uma atividade considerada socialmente excludente, porque, segundo a autora, geralmente é acompanhada de rótulos negativos, preconceito e estigmas sociais que provocam, entre outros sentimentos, o de “vergonha” naqueles que a executam. Conforme os estudos de Arenhart (2006), o catador é um trabalhador na complexa teia do ambiente em que está inserido, e, ao mesmo tempo em que ressignifica o lixo em objeto de valor, ressignifica o seu próprio projeto de vida.

Destaca-se ainda a importância da formação política, pelo reconhecimento da categoria dos catadores que, segundo Martins (2007), ainda carece de efetiva inclusão social e respeito dos seus direitos fundamentais de trabalhador.

Para Lautenschlager (2006), a atividade de catação não provê a equidade social e a conseqüente melhoria das condições de vida do profissional que nela atua. Contrapondo-se a esse cenário alienante, a organização dos catadores em cooperativas configura uma possibilidade para a busca de melhores condições de trabalho e vida, no entendimento de Medeiros (2006). A profissão de catador relaciona-se aos elementos, como história e características pessoais, habilidades ou capacidade de inserção no processo produtivo e nas relações de trabalho.

Em relação ao trabalho desenvolvido, 100% dos catadores entrevistados consideram mais importantes o respeito e a valorização. Segundo Oliveira (2007), muitos catadores possuem uma visão pessimista do futuro, não conseguindo vislumbrar possibilidades de melhoria ou de realização de sonhos. Ribeiro (2010a) trabalhou com os catadores o discurso de que “lixo que não é lixo” – “lixo é vida” e concluiu que o catador assume uma postura diferente em sua práxis, quando toca o lixo.

A conclusão de Ribeiro é constatada na fala de C3:

*“De hoje pra mim é muito importante, que, no início, eu não tava nem aí, né? Que nem eu tinha medo, mas não entendia. Eu acho assim, que cada plástico, cada papel que a gente tira dali é um a menos que vai na natureza, então eu acho muito importante. Uhum.
Acho que eles (a família) começaram a perceber, quando eu comecei a reciclar em casa também, né? Uhum.
Que eles começaram a me ajudar, que eles começaram ver que poucos material, no caso não é material que vai fora. Pouca coisa rejeito, que antes a lixeira ficava cheia né, agora pouca coisa vai pra lixeira. A maioria já, eu trago pra cá, ou eu reciclo e têm pessoas que pegam na rua também, né? Passam, que o caminhão também passa, pega lá, né?”*

Seguindo o grau de importância, ordenado pelos catadores entrevistados, em segundo lugar, aparece a renda, em terceiro, a segurança e, em quarto, o cuidado com o meio ambiente.

As experiências, vivenciadas a partir do trabalho associativo, identificam efeitos e apropriações por parte do catador associado, no sentido de pertencimento e de uma identidade associada (DINIZ, 2008). O processo de construção de identidade começa a ser gestado, quando toma forma por parte do catador, com o

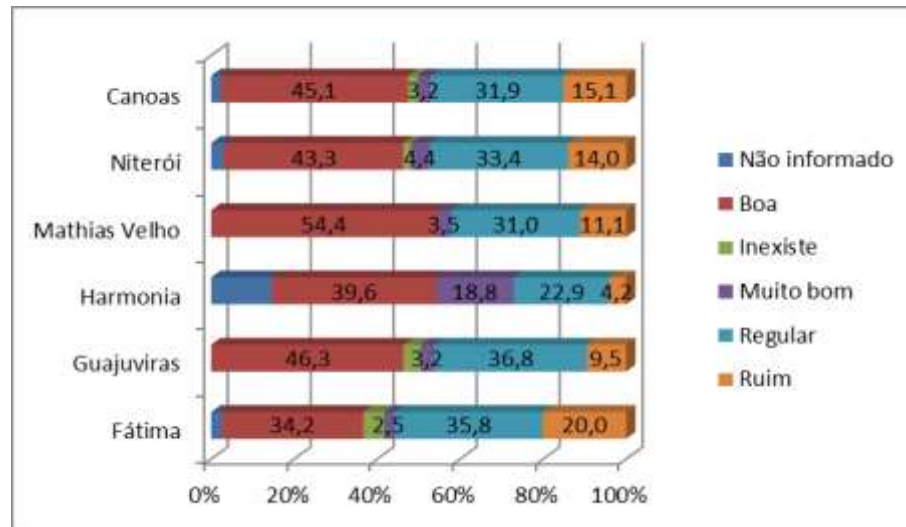
propósito de obter benefícios, como a melhoria nas condições de trabalho. O estudo de Crisgiovanni (2010) mostra que a reciclagem também se constitui em uma das alternativas, para minimizar os impactos ambientais, contribuindo para que o produto descartado volte ao ciclo produtivo. Ribeiro (2010b) conclui que, no tocante aos recursos potenciais, o montante pode atingir R\$ 74,6 bilhões, o que corresponde, no caso do estudo em questão, a 25,17% do Produto Interno Bruto (PIB) do Estado do Rio de Janeiro.

No que concerne à educação, 12,5% dos catadores do estudo são analfabetos, e os demais estão distribuídos, quanto ao grau de instrução, da seguinte forma: 6,25% dos catadores possuem o ensino médio completo; 6,25% cursaram o ensino médio incompleto; 6,25%, o ensino fundamental II (5ª à 8ª série) completo; 18,75%, o ensino fundamental II incompleto; e 6,25%, o ensino fundamental I completo (1ª à 4ª série). Dos entrevistados, 75% utilizam a televisão como a principal fonte de informação, e apenas 25% não gostariam de voltar a estudar, e, dos demais que gostariam de voltar a estudar, 56,25% não o fazem, por falta de tempo e excesso de trabalho e 25% consideram ter uma idade muito avançada para voltar a estudar.

Dos que gostariam de voltar a estudar, 43,75% justificam a sua resposta, pelas exigências do mercado de trabalho e pela melhoria do emprego; 37,50% têm desejo de aprender para se aprimorar pessoalmente; e 18,75%, pelo desejo de viver melhor, cuidar de si e da família.

Contudo, os dados, publicados pelo Observatório de Segurança Pública ([2009]) sobre a avaliação da oferta de escolas públicas por bairros de Canoas, apontam que 46,3% da população do bairro Guajuviras avaliam a oferta como boa (Figura 9).

Figura 9 - Avaliação da oferta de escolas públicas na vizinhança por bairros e total de Canoas



Fonte: CANOAS. Observatório de Segurança Pública. **Informações para subsidiar a elaboração dos projetos PAC2.** Canoas, [2009], p. 14.

A maioria (87,50%) dos catadores deste estudo mora no mesmo bairro, onde se situa a Cooperativa e, no que diz respeito ao estado civil, mais da metade (62,5%) é solteiro. Dois catadores são casados, sendo que um deles, viúvo, os demais possuem união estável, mas 87,50% têm filhos. Com relação ao tamanho das famílias, a média é de 3,6 pessoas por domicílio.

No que tange à propriedade de imóveis, 87,5% deles habitam casas próprias, e as moradias, em sua maioria (66,5%), são construções de madeira, além disso, observa-se que 100% delas, segundo as informações dos respondentes, possuem energia elétrica, água encanada e rede de esgoto.

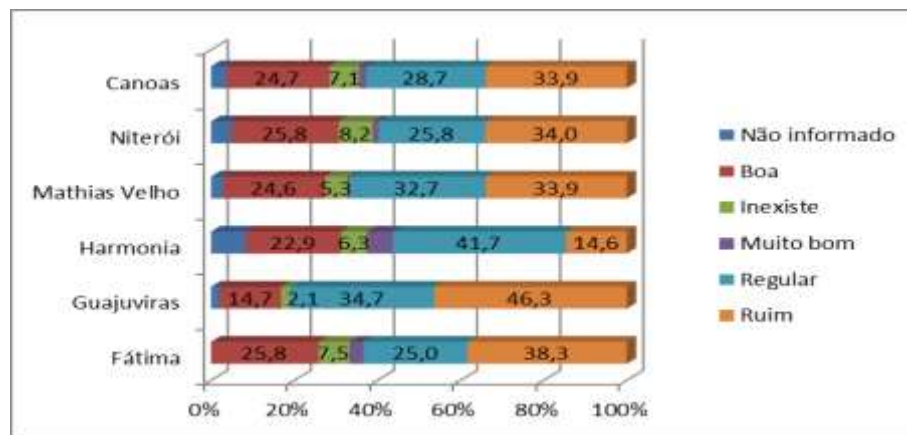
Dos entrevistados, mais da metade (71,25%) atua como catador há menos de quatro anos. O trabalho como catador é a principal fonte de renda para 100% deles, porém 37,50% possuem outra fonte de renda, sendo que destes, em 83,30% dos casos, advinda do Programa Bolsa Família.

Em relação à variável "saúde", 87,50% respondeu ter acessado os serviços de saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS): destes, 81,25% buscam as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) para atendimento e orientações. Assinala-se

também que 100% dos catadores são vacinados, e 93,75% usam algum tipo de proteção na atividade de catação.

Os dados, publicados em 2009 pelo Observatório de Segurança Pública de Canoas, mostram que o acesso à oferta de serviços públicos de saúde no bairro Guajuviras, no comparativo com os demais bairros da cidade, é considerado por 46,3% da população do bairro como ruim (Figura 10).

Figura 10 - Avaliação da oferta de serviços públicos de saúde na vizinhança por bairros e total de Canoas



Fonte: CANOAS. Observatório de Segurança Pública. **Informações para subsidiar a elaboração dos projetos PAC2.** Canoas, [2009], p. 14.

No tocante à percepção de risco, relacionada ao ambiente de trabalho, 43,75% dos catadores sofreu algum tipo de acidente e, dentre estes, o esmagamento dos dedos aparece em 40% dos casos, e as perfurações, em 30%. As mãos (40%) e as pernas (20%) são as partes do corpo mais afetadas. Assinala-se ainda que 87,50% dos catadores entrevistados dizem ter apresentado problemas nas unhas; 75%, dores de cabeça; 37,5%, coceiras e irritação na pele; e 25%, vômitos.

Verifica-se também que 100% dos catadores respondentes ao questionário tiveram contato, uma ou mais de uma vez, com materiais que podem provocar doenças relacionadas à ocupação. Dentre esses materiais, destacam-se remédios (87,5%); produtos de limpeza (87,5%); óleo (81,25%); assim como material perfuro-cortante e resíduos hospitalares (81,25%).

Santos (2008) observou que o cotidiano do catador é marcado por riscos ambientais e ocupacionais, omissão e desrespeito dos órgãos competentes e da sociedade que torna essa atividade parte da dialética inclusão/exclusão, saúde/doença e orgulho/humilhação. Medeiros (2006) diz que o trabalho com a catação ocorre por necessidade e não, por escolha. É um trabalho que expõe o trabalhador a vários tipos de risco à saúde, além de haver preconceitos, humilhação e exclusão de alguns ambientes sociais.

Para Porto *et al.* (2004), os catadores percebem o lixo como fonte de sobrevivência e a saúde, como a capacidade para o trabalho. Portanto, tendem a negar a relação direta entre o trabalho e os problemas de saúde. Miura (2004) esclarece que os catadores não “encaram” como problema as questões ligadas à saúde. Complementando as conclusões de Porto *et al.* (2004), Miura (2004) salienta que, para os catadores, o bem-estar se encontra no trabalho, mesmo que este possa lhe trazer graves prejuízos à saúde física.

Nas atitudes em relação ao corpo e à percepção de saúde integral, 50% dos entrevistados ingerem bebidas alcoólicas; 62,5% fumam; 68,5% não fazem atividades físicas; e 62,5% não se alimentam como gostariam. Nota-se ainda que 100% assistem à TV nas horas vagas, mas gostariam de passear (37,50%), estudar (31,25%), entre outras atividades. Destaca-se ainda que 81,25% não participam de qualquer tipo de grupo, como associações, igrejas, ONGs, etc.

Relacionando especialmente à qualidade de vida do catador com a sua profissão, Baffi (2008) diz que há uma correlação entre o aspecto psicológico, as relações sociais e o meio ambiente do catador que atua nas cooperativas. A posição de Baffi (2008) é constada na fala de C7, ao dizer que: “Saúde, há! Se, eu tô bem, eu tô com saúde. Hahaha”.

Deorsola (2009) conclui que deve haver maior atenção aos requisitos relativos à saúde, à segurança no trabalho, ao meio ambiente e às questões sociais desse trabalhador.

Rocha (2002) sugere que, mediante a intervenção do educador nas diversas parcerias, poderá se desencadear um processo de aprendizagem permanente, principalmente, na compreensão das relações do trabalho-saúde e meio ambiente. A sugestão de Rocha ganha eco no estudo de Atzingem (2010), quando reitera que a capacitação do catador deve ser voltada para a prevenção, a promoção e a educação em saúde, ressaltando que este processo educativo deve envolver profissionais competentes e comprometidos.

4.3 CATEGORIAS: ANÁLISE DOS DISCURSOS

Nesta seção do estudo, apresentam-se quatro categorias, que são: a identidade e a profissão, o ambiente de trabalho, a representação da saúde integral e a educação para saúde e a diversidade de espaços, emergidas a partir dos diversos discursos.

4.3.1 Identidade e profissão

A primeira categoria deste estudo aborda as concepções dos catadores sobre a sua identidade e profissão. A partir dessa concepção, obtiveram-se duas subcategorias, conforme consta no Quadro 4, que permitem ampliar a caracterização do fenômeno em estudo.

Quadro 4 - Identidade e profissão

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Identidade e profissão	- Inclusão social - Reconhecimento profissional

Fonte: Autora (2013).

a) *Inclusão social*

Na sociedade, o componente de trabalho dos catadores tem uma representação social como algo desqualificado, sem serventia, e esta reprodução de demérito é transferida aos catadores. Diversos estudos mostram a exclusão social

vivenciada pelos catadores (MICHELOTTI, 2006; SCHERRER, 2008; ROCHA, 2002; OLIVEIRA, 2007).

Porém, no grupo estudado, o tema “exclusão social” surgiu superficialmente, com a denominação “vergonha” e no sentido de negação. A rejeição a esse sentimento remete à necessidade de autoafirmação do grupo, que difunde o juízo de valor do trabalho, como um mecanismo de fortalecimento financeiro. Na entrevista, a posição de C12 refere-se a essa questão, como grandeza. “*As meninas tavam me falando que ganham em torno de R\$ 800,00 por mês aqui. A gente ganha R\$ 600,00, 700,00. O mês que tu ganha R\$ 800,00 é o mês que tu tá, tá grandona*”.

Os discursos não trazem o sentido de desvalorização, ao contrário, é marcado pela ideologia de inclusão social.

“Eu gosto do trabalho que eu faço. a gente também precisa sobreviver, né? A gente também precisa da renda, eu queria um pouco mais, né? Por isso, às vezes, fala a necessidade de ter que sobreviver, de podê compra da gente se senti que tem valor” (C8).

*“Eu gosto, eu gosto do que eu faço. Eu acho que este trabalho antes ele não tinha importância pra ninguém, nem pra sociedade, né? Agora tem, agora tem valor o nosso trabalho. Inclusive minha família, todos se orgulham de mim. Porque eles, antigamente, elas tinham vergonha, agora não. Agora elas diz: Há! Mãe, eu me orgulho do que a senhora faz!
- Por causa que antigamente era assim: Todo mundo, dizia pra elas! Tua mãe é lixeira ou a tua irmã é lixeira. Meus irmãos diziam pras minhas irmãs. Agora não, não é lixeira. Ela é catadora” (C17).*

O estudo de Porto *et al.* (2004) também evidencia o trabalho com os materiais recicláveis como fonte de sobrevivência e inclusão social. Ainda, relacionado à inclusão social, diferente de outros estudos (LAUTENSCHLAGER, 2006; CUNHA, 2007) que apontam que o trabalho do catador é permeado pela ideia de contaminação, sujeira, nojo, desordem, nesse grupo não se evidenciou sentimentos estigmatizados, de contaminação, de sujeira e exclusão, pelo contrário, o grupo manifesta orgulho e valorização pelo objeto de trabalho. Os catadores lidam com lixo e o consideram limpo. A denominação “lixo” pouco aparece nos diálogos, mas, quando presente, relaciona-se aos materiais não passíveis de serem reciclados, sendo nomeado “lixo” e, portanto, desprezados.

“De pouca coisa mesmo vai fora. Daí, que nem eles mesmo dizem, bah! A única coisa que realmente vai fora, no caso, é uma coisa que não tem nenhum valor, que nem o papel higiênico, não tem venda, né?. Daí, o negócio de cascas e coisa, a gente faz canteiro e bota no canteiro mesmo, é só mesmo papel higiênico que vai fora. Quanta coisa a gente botava fora que podiam dar dinheiro” (C16).

A condução da produção dos sentidos leva a acreditar que, ao considerar os resíduos sólidos e o ambiente de trabalho da sede da Cooperativa como mais limpos, está implícita a ideia de segurança, o que reduz a percepção de risco entre o grupo nesses espaços.

“Os materiais que a gente pega era pra vim limpinho, mas não vem, aí a gente pode se infeccionar, papel sujo, muitas coisas. [...] Problema de pele, né? Se não tomar cuidado, alguma infecção também” (C16).

“Tem material que vem com seringa, preservativo, fralda descartável, tudo misturado” (C13).

Acredita-se que, aliado a esses fatores, a demonstração de orgulho e de simbolismo positivo é justificada, por tratar-se de uma cooperativa organizada, em parcerias com outras instituições afins e apoiada por órgãos públicos. Os benefícios do trabalho em cooperativa foram evidenciados nas pesquisas de Diniz (2008) e de Cruz (2006), ao abordarem que a organização do trabalho em cooperativas configura fortalecimento social dos catadores, pois é um trabalho mais favorável, organizado, profissionalizado, formal, independente, autônomo, motivado, bem como formador de identidade e valor. O desemprego, sim, significa exclusão. Mas atuar em coleta de materiais recicláveis ou como catador representa inclusão, inserção e uma profissão.

b) Reconhecimento profissional

A ausência de direitos trabalhistas aparece nos discursos como um fator de risco ocupacional, já que 37,5% daqueles que não gostariam de continuar trabalhando como catadores apontam as relações de trabalho e a precarização dos direitos trabalhistas. O trabalhador, sem garantias quanto à aposentadoria e desamparado em casos de acidentes ou doenças, se expõe a fortes cargas físicas, por vezes, desconsiderando-se os limites físicos e protelando-se tratamentos de

saúde, em função da busca pelo aumento da lucratividade, diretamente relacionada à quantidade da coleta de materiais reciclados.

“Muita gente pega muita doença, aqui já morreu uma moça. Esses são os problemas daqui [...] Aí morreu” (C3).

“Se eu adoecer e sair da Cooperativa, vou sair como entrei, com uma mão na frente e outra atrás” (C10).

O estudo de Medeiros (2006) também retrata a preocupação dos catadores quanto à ausência de garantias trabalhistas. Os catadores percebem a situação de informalidade como um agravante aos riscos vivenciados no dia-a-dia, visto que, em todas as situações de doenças ocorridas no grupo, que resultaram em muitos dias de afastamento, os cooperativados tiveram prejuízos financeiros, decorrentes dos descontos ocorridos devido às faltas e, conseqüentemente, à redução na produção. Os relatos exprimem que, sem previdência, por vezes, negligenciam a saúde.

O trabalho para o grupo dos de 20 a 30 anos de idade representa uma experiência passageira, porque pretendem permanecer na Cooperativa provisoriamente. Os catadores dessa faixa etária adquirem experiência e buscam outras oportunidades de emprego e renda. Não demonstram satisfação pessoal e orgulho pela atividade. Essa ocupação é sinônimo de ajuda, forma de ocupar o tempo de uma maneira produtiva e de gerar renda. O prazer e o amor não são marcantes nos seus discursos. O sentimento de pertença não foi identificado no grupo de 20 a 30 anos de idade, o que, aliado a maiores oportunidades de emprego para os jovens, justifica a ideia de ser o trabalho na Cooperativa uma experiência passageira.

“Se a gente não faz nada, isso aqui é bom, né? Ajuda todo mundo, quem não têm condições” (C11, 20 anos).

“[...] Eu tô aqui mesmo pra ajudar. Por enquanto, é nosso trabalho; isso aqui tá me ajudando. Já tira da rua [...] Muita coisa aí. Depois quero fazer concurso” (C14, 25 anos).

“Não teve mudança [...] porque o dinheiro é pouco, não dá pra fazer muita coisa com ele. Mudou um pouquinho pra melhor” (C6, 22 anos).

O fato de o grau de satisfação na ocupação de catador ser reconhecido está associado à idade. Para os maiores de 40 anos, têm um significado importante em suas vidas, faz parte de suas identidades, é um objeto de luta e conquista. Os seus

discursos são permeados por orgulho, valores, fé, expectativa, realizações e satisfação. A associação entre satisfação pessoal pelo trabalho do catador e a idade mais avançada também foi encontrada no estudo de Alves (2006). Para Miura (2004), o problema hoje não está em reconhecer legalmente o catador como um profissional, mas, sim, o seu direito às condições dignas de trabalho e de vida para além da perspectiva estritamente da sobrevivência.

O grupo de mais de 40 anos permanece na Cooperativa, por ser esta a única opção para eles. Os seus componentes demonstram paixão pela atividade e fazem parte da história de luta da Cooperativa. Existe o sentimento de pertença e valor, e estes sentimentos favorecem a permanência dos catadores maiores de 40 anos na Cooperativa. Portanto, cada dia de trabalho traz consigo satisfação, alegria, diversão e sensação de dever cumprido.

“Agora mesmo, eu achei um trabalho pra ganhar mais de salário. Não! Por enquanto, eu não quis. Não é nem só por causa de mim. Eu fico assim, se eu sair daqui, eu vou ficar meio assim [...] Sem [...] Por enquanto, vai ficar ruim de ajeitar. Eu já achei trabalho assim que comecei aqui” (C1, 58 anos).

“Pra mim, representa muita coisa, né? Porque é daqui que eu ganho meu pouquinho e pago minhas contas, compro meus remédios que é muito caro. Eu tomo remédio controlado, é daqui mesmo. Eu posso conseguir fazer outra coisa! E também eu tô acostumada com isso daqui, sabia?” (C2, 55 anos).

Para aqueles que estavam sem expectativas de inserção no trabalho formal, a atividade de catador representa uma conquista, entrada no mercado, fonte de renda, realização pessoal, convívio e inclusão social, além de ser uma satisfação por ter uma ocupação diária para além das tarefas domésticas. É notável o afeto atribuído e o investimento emocional dispensado à atividade ao longo dos anos de trabalho, o que pressupõe que essa elevada satisfação referida diminua a percepção de risco. Por se tratar de uma atividade prazerosa, o risco tende a ficar oculto.

“Para mim, representa muita alegria, pelo menos, é uma coisa que eu conquistei! Quero ir até o fim! Espero que não tenha problema nenhum. Continuar trabalhando em harmonia com todo mundo. Gosto muito do que eu faço. Gosto muito do pessoal com quem eu trabalho! Quando eu fico em casa, eu me sinto doente, fico mal. Eu gosto do que eu faço” (C5, 42 anos).

Uma possível justificativa para a marcante satisfação pessoal relacionada a este tipo de trabalho, apresentada entre o grupo dos maiores de 40 anos, além do sentimento de pertença à Cooperativa, é a dificuldade de inserção no mercado formal de trabalho, devido ao fator idade. De acordo com Souza (2004), no Brasil, as oportunidades de inserção no trabalho urbano formal privilegiam a contratação da população jovem.

A situação de desemprego, vivenciada pelos catadores desse grupo, antes da inserção na Cooperativa, apareceu como precursora de depressão. A inserção no mercado de trabalho, promovida pela atividade, é trazida como fundamental para o redirecionamento de suas vidas. Para eles, essa ocupação proporciona prazer, alegria, bem-estar, formação de vínculos de amizade e poder aquisitivo.

“Me sinto mais gente, antes vivia em depressão, aqui a gente trabalha se diverte, ao mesmo tempo que a gente tá trabalhando, a gente conversa, dá risada, então é um trabalho assim, é meio chato, mas ajuda a gente desenvolver a cabeça” (C15, 42 anos).

“Acho que me tornei mais alegre. Eu não tinha essa animação, vivia mais revoltada” (C1, 58 anos).

O grupo traz também satisfação, pela valorização ambiental do seu trabalho, pela redução de resíduos sólidos depositados a céu aberto. Reconhecem os benefícios ambientais da reciclagem e agregam valor ao seu trabalho. Percebe-se que a conjuntura sócio-histórica de estímulo à proteção ambiental contribui para o fortalecimento da identidade de catador e é difundida entre o grupo.

“[...] Eu gosto! Porque me dói tanto quanto eu vejo o valão de garrafa pet, até em cima” (C16, 38 anos).

“[...] Eu acho que não adianta eu ficar lá só olhando, eu gosto disso aqui” (C16, 38 anos).

A autonomia sobre a tarefa e o ritmo das atividades contribuem para a satisfação no trabalho. Outras pesquisas com catadores também relatam esses aspectos como determinantes para a satisfação no trabalho (FIGUEIREDO, 2004; CURADO, 2006; GALVÃO JUNIOR, 1994).

Portanto, para o grupo dos maiores de 40 anos, o trabalho tem um significado importante em suas vidas e é visto com uma conotação positiva. A interpretação social deste grupo de trabalhadores de ser a catação uma atividade que tem valor e promotora do bem coletivo ajuda na construção de uma identidade profissional com representatividade social, posicionando a profissão como elemento transformador de suas vidas, não só profissional, mas também, pessoal. No entanto, acredita-se que essa mesma satisfação profissional é responsável pela diminuição da percepção de risco, pois este grupo, ao relacionar o trabalho aos aspectos positivos, por vezes, nega e ignora os negativos.

4.3.2 Ambiente de trabalho

Nesta segunda categoria, foram agrupados termos sobre o enfrentamento do risco e da doença ocupacional, bem como apresentadas as reflexões acerca das formas de enfrentamento, dos sentimentos de sofrimento e prazer no ambiente de trabalho, como pode ser observado no Quadro 5.

Quadro 5 - Ambiente de trabalho

Categoria	Subcategoria
Ambiente de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> – Enfrentamento das experiências com acidentes e doenças ocupacionais; – Sofrimento e prazer.

Fonte: Autora (2013).

a) Enfrentamento das experiências com acidentes e doenças ocupacionais

O contexto social, conforme Barata (2009), determina a cada indivíduo as oportunidades de saúde, segundo exposições a condições nocivas ou saudáveis, assim como situações distintas de vulnerabilidade. Quando o risco é percebido como uma realidade, o modo de enfrentamento é a ação com cuidado, cautela, atenção e coragem. A prevenção de riscos está intimamente relacionada ao trabalho com alto nível de atenção que é difundido como sinônimo de proteção. Tem o poder de protegê-los, surgindo, assim, uma ideologia defensiva.

“Se a situação for perigosa, eu vou! Eu me preparo, com muito cuidado, e vou fazer! A gente vai sempre trabalhar com esses riscos, né? Sim, a gente tem sempre atenção [...] Se for uma caixa, a gente tem o maior cuidado, se for um saco, pega com cuidado, pode se furar, ter algo cortante [...]” (C17).

“[...] Furou e era pra eu fazer alguma coisa, né? Aí foi doendo, doendo [...]. Eu senti a dor, a furada, eu tinha a obrigação de olhar, mas não olhei, não liguei [...] Ficou dormente, aí foi indo, foi indo, demorou uns oito dias pra eu ir ao médico” (C16).

O enfrentamento do risco com naturalidade é difundido entre os mais experientes e está presente durante todo processo de trabalho. São as informações preventivas, centradas na experiência e no bom senso do grupo, que fortalecem os cooperativados na superação de limites, perigos e dificuldades diárias.

O corpo, na atividade de catador, está nos seus discursos como elemento propenso a acidentes e doenças.

“[...] Só pegar assim, longe do corpo, pra ter mais cuidado, pra não se molhar, mas se molha do mesmo jeito. Se não tem jeito [...]” (C8).

“[...] no início, quando eu tava fazendo, eu não sentia dor nas costa, depois foi deixando pra lá, que chega o fim da tarde que dói muito, que daí nós sente. Trabalho praticamente abaixada. Chego em casa, na hora que tu chega, não tá te doendo, dói depois que tu toma banho, descansa o corpo, daí é que começa daí a doer” (C10).

Além disto, o sentimento de pertença ao grupo e de compor uma equipe também é admitido como uma forma de enfrentar o risco, como se pertencer e estar integrado a um grupo de colegas fosse fator de segurança.

“[...] É real, bem real. Só que tem aquela coisa assim. Têm pessoas. É aquilo que falei: Não sei se acostumaram, têm medo de [...] sabe? De procurar, medo de achar [...] Porque têm muitas pessoas que têm que aprender um pouco, têm medo de falar, sabe? De lidar com outras pessoas. Mas aqui todo mundo se ajuda para não te medo” (C8).

Sobre a autoafirmação de segurança individual do catador, a partir do sentimento de ajuda e integração ao grupo, Boff (2012, p. 160-161) diz que, “pela força da integração, o indivíduo se descobre integrado numa rede de relações, sem as quais, sozinho como indivíduo, não sobreviveria”. Ainda acresce que, “[...] em cada ser, vigoram duas forças. A primeira é a da autoafirmação; a segunda, da

integração. Elas sempre atuam em conjunto, num equilíbrio difícil e sempre dinâmico” (BOFF, 2012, p. 162).

Mesmo que os catadores percebam e cite a existência de fatores de risco e considerando que 56,25% já tiveram algum tipo de acidente, enquanto realizavam a atividade de catação, não reconhecem as suas queixas ou os problemas de saúde atuais como ocupacionais. O risco, em muitos momentos, só transita no imaginário. Para Minayo (2002), o risco é um perigo, ameaça objetiva que existe e pode ser medida, independentemente de processos sociais e culturais, mas pode ser distorcido ou enviesado por arcabouços interpretativos sociais e culturais.

Com referência às experiências pessoais de doenças ocupacionais, os relatos se direcionam para terceirização, naturalização, negação, minimização e eufemização. Existe uma dificuldade de reconhecer a doença e a dor do momento presente como ocupacionais. Os acidentes, sim, adquirem um caráter real de infortúnio, porém as doenças assumem uma possibilidade abstrata.

“Quando termino o trabalho, dói, se eu pisar de mau jeito! Como ontem, pra limpar essa área todinha! Mas dá pra levar! Pra ir aguentando o tendão” (C18).

“Porque eu fico espirrando, só isso. [...] Espirro! Já, mas não muito, assim, só quando tem papelão” (C16).

Conforme Ferreira e Anjos (2001, p. 692), “[...] um agente comum nas atividades com resíduos é a poeira, que pode ser responsável por desconforto e perda momentânea da visão e por problemas respiratórios e pulmonares”.

Nas entrevistas semiestruturadas, 100% relatam que já tiveram doenças consideradas ocupacionais tais como: doenças de pele e ou problemas com as unhas.

“Eu pego aquilo que traz do hospital, né? Daí vem agulha, vem seringa, vem um monte coisa, né?” (C17).

“Como é que vou te explicar: Numa parte, tem muita contaminação, assim, no material. O material fica estocado aqui, como é que vou dizer, assim: Um mês, dois meses. Até eles fazer. Tu vai lá pegar teu material, a maioria tá podre. Ou tá cheio de bicho e já vem fedendo pras mesa” (C16).

Igualmente, com os dados dos estudos de Ferreira (2007), Porto (2004), Miura (2004) e Medeiros (2006), no estudo em questão, os catadores também apresentam dificuldade de relacionar as doenças ou os sintomas como derivadas do trabalho. Por vezes, parece que temem afirmar que o trabalho com a coleta de materiais recicláveis causa, de fato, alguma doença. O significado de trabalho para o grupo é equivalente à saúde, e associar trabalho à doença não é frequente entre os catadores desse estudo. É como se o trabalho somente gerasse benefícios.

“Caiu uma ponta de vidro assim, daí que saiu pelo saco uma ponta assim e entrou. E eu não vi, aí o outro catador foi lá e carregou o fardo, e eu não vi, não senti que ele puxou o saco. Ele tirou do saco e puxou e começou a sair sangue que nem água. Assim, eu não senti e queria continuar juntando lixo, e era inverno, a minha calça encharcou de sangue, e ele mandando eu sentar, levou uma cadeira e me sentou, botou um pano aqui, e me levou lá pro HPS. E eu não queria ir, né? Eu não senti nada. Levei três ponto” (C18).

O raciocínio revelado pelo catador C18 é que, na presença ou ausência do risco percebido, a coleta de materiais recicláveis precisa ser realizada, pois é meio de sobrevivência. Nesse contexto é que perpetuam a valorização da saúde, a negação da doença, a aceitação, a naturalização e a minimização do risco. Segundo Minayo (2002, p. 119):

O indivíduo, ao se expor a supostos “fatores de risco”, faz com que o risco, entidade incorpórea, passe a ter propriedade de se materializar sob forma nociva – que pode ser denominada agravo (entre várias outras designações), em uma operação semântica equivalente a que demarca doença em sua acepção metafórica ontológica. Só que, neste caso, os riscos existiriam, por um lado, como potenciais invasores do corpo.

Para os catadores, a percepção do risco está no nível do palpável, do visível, aquilo que pode ser visto e sentido. Desse modo, em se tratando de uma classe de trabalhadores com baixo poder econômico, a atenção direciona-se à fonte de rendimento, ao material reciclável e não, ao risco inerente à atividade ou às condutas adotadas pelo grupo. Quando questionado sobre o que é preciso para ter um ambiente de trabalho saudável, o catador C7 diz que *“Teve tempo, teve época que a gente trabalhava o mês todo pra ganhar R\$ 200,00. Ah! o dia dava R\$ 5,00, hoje tá dando R\$ 25,0. Esse rendimento dificulta a mudança. Dificulta muito! Não dá pra se preocupa com isso”*.

Desta forma, o trabalhador assume a responsabilidade por sua saúde, surgindo a autoculpabilização nos casos de acidentes, visto que o risco é entendido como controlável, sendo o comportamento cauteloso suficiente para a prevenção de acidentes.

“Aconteceu já de fincada de agulha no material do hospital no caso. Eu tava na segunda mesa aqui, abrindo os sacos e finquei a agulha nos dedo. Faz uns seis meses. Acho que foi na luva até. Eu tava trabalhando de luva quando aconteceu isso, só deu um picão no meu dedo, daí eu não fiz nada” (C8).

Ferreira (2001) observou que objetos perfuro-cortantes são responsáveis por graves acidentes na triagem de lixo e estão incluídos entre os materiais que causam repulsa e medo entre os trabalhadores, pelo risco de contaminação. Sob este aspecto, os catadores em questão acreditam exercer uma gestão sobre os riscos com os acidentes com objetos perfuro-cortantes e que são os mais identificados, pois, dos que relatam já ter tido algum acidente enquanto exerciam a função de catador, apenas 30% desses referem-se a acidentes com perfuro-cortantes.

É marcante a responsabilidade do catador no tocante à prevenção de acidentes. Sobre o assunto em comento, Miura (2004) explica que os catadores não parecem preocupados com os prejuízos provocados à saúde pelo trabalho, os quais são suplantados, pelo fato de esta atividade garantir a sua subsistência e promover a sua inserção social e profissional. Segundo a autora, as dores nas pernas, a intoxicação pelo lixo, os cortes, os arranhões, tudo isso pode ser curado, o que é mais dolorido do que tudo isto é a fome.

De acordo com Minayo (2002), as pessoas têm percepções diferentes acerca de um mesmo perigo a que estão expostas, e a referida percepção de risco de cada indivíduo é construída a partir da sua trajetória de vida e de seus valores culturais. O enfrentamento do risco, com naturalidade, é difundido entre os catadores mais experientes e está presente durante todo processo de trabalho. São as informações preventivas, centradas na experiência e no bom senso do grupo, que fortalecem os cooperativados na superação de limites, perigos e dificuldades diárias.

“Se cortar, se cortar a gente não [...] Mas, nada de grave com os vidros. Porque tem muito vidro. Daí caía e pegava na perna da gente ou nas mãos. Não, só um pouquinho. A única que se cortou feio foi a Lurdes, só. Mas, tem. Volta e meia têm uns acidente meio pesado aqui” (C18).

O uso dos equipamentos de proteção individual também é tido como uma forma de enfrentamento da situação percebida como risco. No grupo estudado, 93,75% usam equipamentos de proteção individual (EPI), como luvas (100%), sapatos fechados (100%), óculos (12,5%), avental (6,25%) e protetor auricular (6,25%). O cuidado e a atenção na realização das atividades estão relacionados à segurança e à prevenção de acidentes, e, além disso, o trabalho em equipe também é admitido como uma forma de enfrentar o risco.

Ainda, conforme Porto (2004), à medida que as discussões sobre os riscos ocupacionais tornam-se mais relevantes e buscam apreender as suas complexidades, fica, cada vez mais claro, que tais riscos não são somente assunto de interesse para técnicos e especialistas das áreas tecnológicas, biomédica e ecológica. Os riscos ocupacionais envolvem dimensões éticas, políticas e culturais que têm mais a ver com as vidas das pessoas e as relações de poder na sociedade.

b) Sofrimento e prazer

A principal esperança dos catadores é a de que melhorarão de vida. Eles esperam conseguir uma renda mensal, pagar as suas contas, alimentar e vestir os seus filhos, na expectativa de reconhecimento pessoal e profissional.

“Ah! é o que eu faço. Eu gosto muito de trabalhar aqui. O dia que eu não venho, eu fico bah!! Fico, parece que eu fico mais doente ainda. Os guri que diz: Olha agora tu, anda quieta, eu digo: Eu não, eu ando legal, bem legal! Porque é eu que tô sempre brincando, sempre gritando. Que é difícil a gente desligar. Dizer que agora que tá aqui dentro não é mais mãe, é só funcionária, se a cabeça fica lá fora. O que impulsiona é o dinheiro que se leva pra casa. E dá de comê pros filho” (C13).

São essas esperanças e esses desejos que mobilizam os catadores. Por isso, o que pulsou mais, o que vibrou mais, foram os diversos benefícios advindos do trabalho. Todos apontaram para uma mudança no sentido de uma potência de ação, a partir da qual agem para realizar os seus desejos.

“Eu trabalhava na rua de carroça. Aí, quando eu me separei, fui morar com as minhas filhas, daí vim aqui, vim pra cá, trabalhar vendendo salgados com as gurias. Daí, um dia, a dona Be disse: Não vai dar pra ti vendê mais, porque as gurias tão brigando, porque as outras queriam vender também. Daí eu disse: Tá e agora? O que é o meu ganha pão? Daí ela disse: vem trabalhar com nós” (C17).

Para Crema (1995, p. 100), “quando aceitamos a realidade, nos tornamos responsáveis – aptos a responder a ela de forma inteligente, criativa e construtiva”. Todos os entrevistados, antes da catação, estavam em um momento de padecimento, e o trabalho na catação veio, para superar esse padecimento e aumentar a potência de ação. Cada um mostra essa potência de um jeito. Crema (1995, p. 100) ainda diz que, “na aceitação do que somos, a cada instante, florescemos e nos renovamos”,

“Eu moro bem perto aqui, da reciclagem. Daí eu, até vi, quando construíram ela. Aí, desde quando construí, eu tava sem serviço mesmo. Daí foi o primeiro serviço que eu peguei. Antes eu trabalhava em casa de família. Daí, depois, eu vim trabalhar aqui, trabalhei, um mês e pouco, aí tive um problema com as crianças, aí eu parei. Daí, voltei de novo e trabalhei mais cinco meses e agora eu tô há um ano aqui. Eu acho muita incheção de saco em casa de família. Lá, na casa de família, não tinha carteira assinada. Aqui compensa mais que a casa de família. Compensa mais e tem mais liberdade” (C8).

“Eu trabalhava numa senhora, cuidava de uma senhora idosa, só que eu ganhava R\$ 270,00 por mês. É que pra mim não dava. Que eu tenho dois filhos, que já é adolescente, então se tornou uma piora, né? Que as coisas já pra eles, roupa, calçado, já são mais caro. Daí eu conversei com a Bê e pedi serviço aqui, só que eu já tinha pedido antes, ela tinha me arrumado, só que eu não tinha coragem. Não me sentia bem, entendeu?. Aí eu vim, aí conversei, conversei com as guria ali e gostei do serviço. Daí, no outro dia, eu comecei a trabalhar. Eu gostei de trabalhar aqui, pra mim também é perto, né? Aqui. Meu medo de trabalhar aqui era por causa do lixo, acho que eu tinha medo, sei lá. Eu não conhecia, não sabia como é que era. No caso, eu não tinha preconceito, da minha parte com elas não, só que eu tinha medo dos outros ter comigo, daí, depois, quando eu vi eles ter com as outras que trabalhavam aqui. Que nem eu tinha medo, mas não entendia. Eu acho assim: Agora entendi que cada plástico, cada papel que a gente tira dali é um a menos que vai na natureza, então eu acho muito importante” (C10).

Como enfatiza Dejours (2004), o prazer e o sofrimento estão intrinsecamente ligados ao contexto sócio-econômico-cultural. O confronto da identidade do trabalhador com o valor atribuído à mesma diante do mundo social pode ser o gerador de sofrimento. Os sentimentos de sofrimento surgem, também, da baixa autoestima que o trabalhador possui. Sobre os elementos da teologia do trabalho, Boff (2007, p. 52) assevera que

pode muito bem acontecer que o trabalho individualmente seja um elemento humanizador e social e profundamente opressor, porque não cria solidariedade entre os homens, mas favorece o potencial de concorrência e subjugação de outros grupos de trabalho.

Pode-se ainda perceber o que está acontecendo com os catadores do estudo, em termos de subjetividade. Todas as suas emoções se transformam. Assim, entra o medo, a esperança, a vergonha, a tristeza, a alegria e as paixões. O trabalho, para eles, é o encontro que promove mudanças, que compõe ou decompõe, é sempre um grande encontro.

Assim, por sua vez, surge tal sentimento das concepções que a sociedade constrói sobre o catador e o seu trabalho, unida à falta de significação atribuída ao mesmo, uma vez que não há o conhecimento global da atividade desenvolvida. Dessa forma, 81,75% dos catadores que responderam o questionário socioeconômico e de saúde acreditam que são vistos pela comunidade como sem importância ou pouco importantes, embora, no contexto individual, apresentem uma posição diferente. No registro do diário de campo a fala de C13, quando questionado sobre a relação de sofrimento e prazer em relação ao trabalho, apresenta a questão com muita naturalidade. *“Foi bom até hoje é. Eu mudei, tô mais feliz, trabalhando. Eu achava que não nunca ia conseguir trabalhar mais. O sofrimento que tem e que me deixa triste e como a vizinhança vê a gente, como uma lixeira”* (C13).

Sob o ponto de vista psicossocial, Miura (2004) afirma que se tornar catador é sentido como fonte de dignidade e modo legítimo de obter renda. É uma atividade que faz do excluído um trabalhador inserido no mundo do trabalho, diferenciando-o do mendigo ou vadio. Os sentimentos de prazer ocupam uma posição, por vezes, importante na análise das relações de trabalho dos indivíduos estudados. Eles, no geral, surgem a partir de mecanismos elaborados pelos trabalhadores, para burlar o sofrimento proporcionado pela atividade que realizam, conforme a fala de C7, ao ser indagado se, em algum momento, o trabalho havia trazido sofrimento ou prazer.

“Quem é lixeiro? São eles (pessoas da comunidade) que pensam assim. O lixo tá aqui, dentro da tua mente, eu falei pro meu cunhado. O lixo tá é aqui dentro, ó? É aqui que tem lixo. E ele ficou todo, ficou quieto e calado, ficou mudo. Porque ele tava procurando emprego, aí eu falei assim: Por que tu não vai trabalhar no nosso caminhão? Nosso caminhão tá precisado de catador. Aí ele disse: Ah é que eu vou tá na rua correndo atrás de lixo. Eu disse assim: Não é lixo, o nosso lixo é reciclável, ele é lixo seco, não é orgânico. Eu falei assim: Não tem nada a ver, o lixo tá aqui dentro da cabeça” (C7).

Cada ser humano faz parte de um todo e influencia este todo, quer tenha consciência disso ou não, pela maneira como lida interior ou exteriormente consigo próprio e com as outras pessoas. Quando mais isolados estivermos, quanto mais desconectados serão nossos atos (PELIZZOLI, 2010). Um fato constatado, nesta pesquisa, foi a frequente vinculação do uso de bebidas alcoólicas, quando foram inquiridos sobre sentimentos em relação ao trabalho atual, pois 50% dos respondentes disseram fazer uso de bebidas alcoólicas, pelo menos, uma vez por semana.

“A cerveja, numas parte, ela faz até bom. Às vezes, quando a pessoa tá muito cansada, tu chega em casa e toma uma cerveja, claro, não vai tomar pra encher, que nem diz o meu pai. Toma uma cerveja, depois parece que até o corpo alivia, tu deita e tu dorme mais tranquilo. Pode tá com o corpo cansado do trabalho, com dor de puxa fardo, chegou em casa, tomou uma cerveja. Parece que passa a dor depois” (C16).

O uso regular da bebida alcoólica significa uma dose de energia nem tanto física, mas, psicológica, que ajuda a enfrentar as condições de trabalho (DEJOURS, 2004). Contudo, Chaves (2011), no estudo com famílias de catadores, investigou os diversos processos de resiliência dessas famílias diante das situações de crise e constatou que os grupos familiares buscam diferentes estratégias, para superá-las. Conforme Boff (2011), no seu livro *Crise: oportunidade de crescimento*, se o desafio for superior à capacidade de resposta, a crise pode levar a um processo de desagregação, não sendo raro que sejam acionados mecanismos de defesa.

4.3.3 Representação da saúde integral

Esta terceira categoria discorre sobre os fatores de representação da saúde integral que os catadores elaboram, a partir das estruturas do corpo e da mente, da doença e de seus tratamentos, que foi compreendida em três subcategorias, como está exposto no Quadro 6, a seguir.

Quadro 6 - Representação da saúde integral

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Representação da saúde integral	- Atividades nas horas vagas - Espiritualidade - Saúde e autonomia

Fonte: Autora (2013).

a) Atividades nas horas vagas

Os catadores também entendem esse momento – horas vagas – como algo que se confunde com um momento de descanso e do tempo para as lidas domésticas. Então, as respostas, quanto ao questionamento acerca do que fazem nas horas vagas, concentram-se em assistir à TV (81,25%) e cuidar da casa e dos filhos (50%). Na resposta para essa questão, consta-se que 100% dos catadores disseram fazer mais de uma atividade nas horas vagas, sendo que ouvir rádio (37,5%), ler livros e outros materiais (18,75%), assim como descansar (12,5%) são apontadas pelos catadores como a segunda atividade.

Reforçando os registros de Chopra (2004), ao afirmar que as pessoas que se sentem bem são as que querem e fazem as coisas das quais justamente são boas para elas, destaca-se a seguinte observação: “*Aí dormi – dormi, é tão bom dormir – olha o meu sono tá atrasado, dormir é a melhor coisa pra se fazer – durmo ... durmo [...]*” (C13).

Ainda, corroborando ao que apresenta Pelizzoli (2010, p. 191),

Podemos aprender a viver o prazer intensamente, mas de modo a dar-nos a força para trabalhar melhor e com mais contentamento. Trata-se de aprender a não procurar o prazer como finalidade em si, mas a viver o prazer, de modo a oferecer-nos mais força e motivação para a vida e o desenvolvimento.

O catador C16 diz, neste sentido, que “[...] nós têm que se divertir também, né? Viver só trabalhando, têm que trabalhar e fazer festa né – trabalha pra trabalha, o que sobra pra gente, a gente vai num parque toma uma cerveja [...], sorvete é tudo quanto é”.

Constata-se que 100% dos catadores entrevistados cumprem uma jornada de 8 horas por dia e cinco dias por semana, mas falar de tempo livre com eles é abrir espaço para ambiguidades e contradições. Ao mesmo tempo em que há reclamações ou mesmo justificativas acerca da falta de tempo ser um dos fatores responsáveis pela impossibilidade de lazer, verifica-se que o tempo disponível – nos finais de semana, feriados e finais de tarde – para alguns, é suficiente e até tempo demais.

A fim de tratar a questão do tempo com os catadores, a opção foi pelo uso da expressão “horas vagas”. Apesar de existirem outras denominações para o tempo de lazer – tais como: “tempo livre” e “tempo disponível” (MARCELLINO, 1990), ao conversar com os catadores sobre estes termos associados ao tempo, a maioria apresentou estranhamento em relação a eles. Parece que o tempo está atrelado unicamente ao trabalho. *“Pelo menos, tô com as colegas né, daí já. Eu não posso é ficar em casa, se ficar em casa, já fico estressada e tudo, daí, quando venho pra cá, já fico mais feliz, né? Porque eu tô com elas aí junto”* (C8).

Visando a avaliar a importância do tempo livre para os catadores, perguntou-se se eles gostariam de fazer alguma atividade nas horas vagas? Dos dezesseis (16) entrevistados, 100% disseram que sim. Deste grupo, seis (6) gostariam de passear e outros seis (6) se dividiram entre estudar e assistir à TV nas horas vagas. Os demais gostariam de ocupar esse tempo, para fazer academia ou um curso de informática.

Analisando os dados referentes às horas vagas dos catadores e fazendo uma conexão com as demais informações colhidas sobre o que fazem quando não estão bem, percebeu-se que alguns catadores dizem não terem acesso ao lazer e que esta possibilidade não faz parte de sua rotina de vida. Porém, ao verificar as atividades realizadas por eles durante as suas horas vagas, constatou-se que 69% dos entrevistados realizam atividades, como assistir à TV e ouvir rádio. O que estaria, então, por trás dessa contradição?

Ao analisar o conjunto dos depoimentos, consta-se que, por trás da referida contradição, está a percepção de que o conceito de lazer, formado pelos catadores

entrevistados, talvez esteja associado ao fenômeno da informação. Destaca-se que, como 100% deles não possui *Internet*, o rádio e a TV passam a ser, ao mesmo tempo, um momento de lazer e uma maneira de manterem-se informados.

Assim, a diversão despiu-se de suas possíveis ingenuidades e definiu novos contornos e determinações, para o que fazer nas horas vagas, e isto vem sendo propiciado pelas relações da sociedade globalizada. Desta forma, ocorre a padronização das necessidades iguais. Segundo Freire (2001, p. 75),

as relações entre o dominador e o dominado refletem o contexto social amplo, mesmo sob o aspecto pessoal, e supõem que os dominados assimilem os mitos culturais do dominador. Do mesmo modo, a sociedade dependente absorve os valores e o estilo de vida da sociedade da metrópole, posto que a estrutura desta última manipula a da sociedade dependente.

Com isto, as pessoas passam a desejar objetos ou situações disseminadas como indispensáveis, e tal fato é marcante na fala de C6, que diz não ter o que fazer nas horas vagas, porque não tem dinheiro. O lazer, enquanto *status* e diferenciação social, aparece indiretamente no diálogo com os catadores, que é traduzido em imagens de vidas “perfeitas”, pregadas pelas novelas exibidas na televisão. Em um dos diálogos informais, registrados no diário de campo, durante a observação participante, existe a seguinte manifestação:

“[...] eu queria ir pra uma praia maravilhosa, como aquelas atrizes lindas, com roupa bonita, toda perfumada e linda. Ah, essas coisas, sabe? De gente poderosa, feliz de verdade. Isso aí é pra quem pode, né? A gente fica só sonhando. Isso é só pra alta, pra gente da baixa não. Pra nós é só vê na TV” (C11).

Aqui, cabe lembrar Crema (1995) que, ao falar da mutação da consciência, diz que a nossa tarefa é inventar uma nova linguagem, um novo código para o tempo-espaço do EU SOU. Neste sentido, Crema (1995, p. 17) ainda provoca, quando sugere o seguinte:

Ousaremos enfrentar o desafio da inteireza? Ousaremos conspirar por um ente humano integral, vinculado à dimensão interconectada do saber e do amor? Ousaremos saltar para o desconhecido, afirmando o viver evolutivo? Ousaremos reivindicar, atrevidamente, nossa condição de seres eretos, destinados a interligar terra e céu? [...] Não será um bom tempo para os insensíveis, sonolentos e arrogantes proprietários das velhas certezas!

A relação entre o lazer – atividades nas horas vagas – e a educação para saúde integral pode ser entendida como uma oportunidade privilegiada de educação, pois, para a prática de atividades de lazer, é necessário o aprendizado, o estímulo e a iniciação, que possibilitem a passagem de níveis menos elaborados para mais elaborados e complexos, com o enriquecimento do espírito crítico na prática ou na observação.

Segundo Chopra (2004), em relação ao entendimento do lazer como oportunidade de educação, é necessário considerar as suas potencialidades para o desenvolvimento pessoal e social dos sujeitos. Neste caso, o lazer pode tanto cumprir objetivos, como o relaxamento e o prazer, propiciados pela prática ou pela contemplação, quanto objetivos instrumentais, no sentido de contribuir para a compreensão da realidade.

Contudo, para o desenvolvimento de atividades no tempo disponível, é necessário o aprendizado para todas as situações, como, por exemplo, não fazer nada, mostrar-se paciente e saber quando descansar.

b) Espiritualidade

Para Dalai-Lama (*apud* BOFF, 2001), a religião está relacionada à crença no direito à salvação, pregada por qualquer tradição de fé, associada a ensinamentos ou dogmas religiosos, rituais e orações. Ao distinguir a religião da espiritualidade, entende-se que as religiões constituem uma construção do ser humano que trabalha com o divino, o sagrado, mas não é o espiritual (BOFF, 2001).

A espiritualidade é uma dimensão de cada ser humano. Essa dimensão espiritual que a pessoa individualmente possui se revela pela capacidade de diálogo consigo mesmo, com o próprio coração, traduzindo-se pelo amor, pela sensibilidade, pela compaixão, pela escuta do outro, pela responsabilidade e pelo cuidado como atitude fundamental. Espiritualidade implica todo esse conjunto de relações. No ser humano, é a capacidade de transformar os fatos em uma experiência de libertação, em um projeto e em uma prática, em defesa da vida, de sua sacralidade,

protestando contra todos os mecanismos de morte em todas as circunstâncias (BOFF, 2012).

O sujeito C7 discorre sobre a posição de Boff, com naturalidade, quando diz:

“[...] vou explicar um pouquinho pra senhora. Quando a gente fala espiritualidade, a gente não tá falando de uma religião, tipo de uma igreja católica. A gente tá falando de todas, né? Seja em Deus, em santo, que a gente tem. A espiritualidade, ela tem vida, é importante. Deus, a crença em Deus, assim. Em algo superior, tem importância na vida”.

É por meio do desenvolvimento da espiritualidade que os catadores encontram apoio para o enfrentamento cotidiano, gerando amadurecimento para uma vida interior, aceitação das perdas de entes queridos, da saída dos filhos de casa, de seu envelhecimento, da doença e, até mesmo, de sua finitude.

“A vida do cara é uma caixinha de surpresa. Hoje tu pode tá, como é que vou te dizer, pode tá vivo aqui e, amanhã, pode não tá mais. Eu não faço muito plano não. Vou vivendo um dia, conforme Deus autoriza o cara a ir vivendo. Se é pra passar bem, vamos passar bem, se é pra passar mal, vamos passar mal. E com relação, assim, a gente sabe que o homem tem muitas coisas assim. Como ah! Que o homem tem que ser forte, ele tem que trabalhar. Que ele tem, né? Tem que aguenta e tudo. O envelhecimento pra ti sabe, como se fosse a macheza, sabe, o machismo, né?” (C16).

Conforme Leloup (2012b), espiritualidade é dar um “passo a mais” na aceitação dos próprios limites, como também diante do sofrimento, e ser solidário com quem necessita. Entretanto, para perceber a subjetividade e a espiritualidade do outro, é preciso a consciência de que também se é um ser biopsicossocial e espiritual, que precisa se autoconhecer, autodescobrir-se e, principalmente, aprender a desenvolver a sua espiritualidade.

Nesta perspectiva, o sujeito C2 afirma que

“[...] Eu vou no médico, quando eu não tô bem. E quando não é um problema médico, quando se sinto um pouco triste, quando tô meio pra baixo, tive uma decepção com alguém, com uma pessoa, eu saio e vou pra casa de alguém conversa, me distrai”.

Percebe-se essa situação em outros estudos, como os de Ferreira (2007), Michelotti (2006) e Nogueira (1996), que abordam, nos seus achados, que os catadores se ajudam e, com isto, convivem com os problemas que os envolvem de maneira satisfatória.

Assim, uma importante literatura proclama estratégias para a saúde integral, considerando também a espiritualidade (BOFF, 2012; 2001; 1999; CREMA, 1995; LELOUP, 2012a; 2012b). A partir dessas leituras, podemos dizer que a força da espiritualidade deve ser avaliada como instrumento do processo de educação para a saúde, na medida em que está se lidando com as dimensões pouco conscientes do ser, nas quais se assentam os valores, as motivações profundas e os sentidos últimos da existência individual e coletiva.

Os catadores, sujeitos deste estudo, vivem crises subjetivas intensas e mergulham, com profundidade, em dimensões inconscientes da subjetividade. É nessa elaboração subjetiva profunda que são construídos novos sentidos e significados para as suas vidas, capazes de mobilizá-los na difícil tarefa de reorganização do viver, exigida para a conquista da saúde. Acerca dessa reorganização do viver e a conquista da saúde frente às crises cotidianas, o sujeito C12 comenta:

“Acho que é o que eu tô sentindo agora, que eu tenho até melhora de saúde. Mas tenho medo de ficar louca! Eu tenho muito! Esse ano foi o pior. Esse ano foi bem pior, sabe assim: Que tu pensa, pensa, pensa, o que se pode fazer pra melhorar, num sabe e não chega numa solução. Isto me incomoda, Deus me livre, é de ficar louca, imagina? Fica endoidecida. Eu acho que todo mundo aqui é louco. Claro, eu acho que é, que tá tudo aceitando, ficam quieto, calado. Pior que morro de medo”.

A crise existencial, trazida pelos catadores participantes desta pesquisa, traz importantes questionamentos sobre suas vidas. São questionamentos intensamente impregnados de emoção, em que elementos inconscientes da subjetividade participam intensamente, os quais podem resultar em amplas transformações positivas ou em grandes catástrofes pessoais e familiares. Segundo Portal (2012, p. 110), “falar em Vida, em Saúde, em Espiritualidade, em Ser cósmico e em Plenitude é falar em autoconhecimento, em autotransformação, em transcendência e, conseqüentemente, em expansão de consciência”. Mas como lidar com estas dimensões?

Nesta investigação, parte-se da compreensão de que, a partir da educação para saúde, norteadas por instrumentos teóricos e por práticas para a abordagem educativa dessas dimensões, pode-se construir um processo à saúde mais integral.

Para Almeida (*apud* SAMPAIO, 2010), a consciência está ligada diretamente ao desenvolvimento do hemisfério cerebral direito, no qual se manifesta o raciocínio abstrato, o mundo simbólico, a criatividade, as potencialidades e a consciência da transcendência. Integrado ao desenvolvimento do hemisfério cerebral esquerdo, responsável pela mente humana para os níveis mais abrangentes, “há, portanto de se educar o corpo, o coração e o espírito, aspectos fundantes de uma educação para a Inteira que conduza o ser aprendente ao encontro de si mesmo” (PORTAL, 2012, p. 115).

Mesmo líderes religiosos, como Boff (1999), afirmam que o decisivo não são as religiões, mas, a espiritualidade subjacente a elas. Assim, prioridade para o conceito de espiritualidade tem um papel inclusivo em uma sociedade que tende para a diversidade cultural.

c) Saúde e autonomia

Para os catadores que participaram da entrevista semiestruturada, quando questionados sobre o que é saúde, as respostas foram as seguintes: saúde implica: “*não ter doença nenhuma*” (C10); “*nunca ficar doente*” (C17); “*viver bem, a gente não se incomodar e estar no local que tu te sente bem*” (C17); “*estar bem contigo mesmo e fazer teus exames*” (C12); “*poder ir ao médico todo o ano*” (C8); “*informação e orientação de como te cuida*” (C16); “*ter uma boa alimentação*” (C18) “*ter amizade com Deus*” (C7), entre outras.

Segundo Almeida Filho (2011), a saúde é produto de alguns fatores relacionados à qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, bem como de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável e cuidados com a saúde. No entanto, para os catadores da Cooperativa em estudo, o conceito de saúde não contempla todos

esses fatores, o qual fica limitado a atender às suas necessidades e aos seus anseios, para se sentirem bem, como *“não sentir nada, nem dor de cabeça”* (C1); *“não precisar de hospital”* (C3); *“não ter problema na retina”* (C4); *“não se sentir mal depois de comer”* (C2); *“estar bem com a vida”* (C17); e *“deitar bem e levantar sem dor no tendão”* (C18).

A noção de saúde, expressa pelos catadores do estudo em questão, se traduz em um sentir-se bem, especialmente relacionado com as partes do corpo. Leloup (2012a, p. 15) aborda essa questão, ao sugerir que

alguns já disseram que o corpo não mente. Mais que isso, ele conta muitas histórias e, em cada uma delas, há um sentido a descobrir. Como o significado dos acontecimentos, das doenças ou do prazer que anima algumas de suas partes. O corpo é nossa memória mais arcaica. Nele, nada é esquecido. Cada acontecimento vivido [...] deixa no corpo a sua marca profunda.

Por meio da observação direta do pesquisador em campo, detectou-se que muitos catadores encontram, nas mesas de triagem, roupas, eletrodomésticos, utensílios para uso pessoal e para casa, além de restos de alimentos. As roupas e os demais materiais encontrados, muitas vezes, são levados pelos catadores para as suas casas, e os alimentos, quando em embalagens fechadas, na maioria das vezes com o prazo de validade vencido, são ingeridos. No diário de campo, há quatro registros desse tipo de conduta por parte dos catadores.

“Nóis acha roupa, objetos, essas coisa, jóia a gente acha, isso aqui, esses anel, que eu tenho, tudo eu achei aqui. Às vezes, roupa mesmo, se tu não tem pra quem dar, tu acaba colocando no material. Eu, lá em ... casa eu levo pra dar também, calçado a gente acha, eletrodoméstico a gente acha, liquidificador, ah! Até anteontem, ontem eu não vim, anteontem, eu achei um secador, daqueles de instituto” (C9).

No entanto, nas conversas informais, quando indagados por que ingerirem alguns dos alimentos encontrados, os catadores negam o fato de ingerirem alimentos advindos do lixo. Para Pelizzoli (2010), muitas vezes, a fome é ansiedade, hábito ou apego. Comer sem fome e como hábito mental é um grande sintoma de nossa crise do tempo, de como a metafísica do consumo nos torna ansiosos e de como achamos que temos que botar para dentro, incorporar, sentir prazer a todo custo. Somos escravos da sensação.

Se, por um lado, o adoecimento é o desequilíbrio da vontade ou do entendimento, e, por outro, o respeito às escolhas dos sujeitos aos seus valores, vontades e papel social, as quais contribuem para a ação livre e independente, estes fatores devem ser considerados nos programas de educação para saúde. Neste sentido, incentivar a autonomia implica considerar a singularidade e a subjetividade, assim como priorizar os sujeitos em suas demandas e necessidades, além de enfatizar a sua dimensão transformadora, como seres capazes de modificar a sua própria história (LELOUP, 2012b).

Nesta perspectiva, resolver problemas de saúde, talvez, ultrapasse a questão do acesso, o que leva Valla (1999) a questionar o seguinte: Se as condições de acesso estivessem garantidas e o sistema de saúde no Brasil funcionando satisfatoriamente, seria possível atender às demandas e necessidades da população?

A população, em geral, vive uma falta de perspectiva diante das condições adversas de vida. A saúde depende, entre outros fatores, do sentido que cada um dá à sua existência (LELOUP, 2012a; 2012b). Dentro dessa abordagem, a educação para saúde pode estar contribuindo para a saúde física e psicológica, ao cuidar dos sujeitos, ajudando-os a encontrar coerência para a própria vida e a sair do isolamento e do vazio existencial em que se encontram.

Para se atender às necessidades e demandas da sociedade, é preciso que as práticas de educação para saúde superem a dicotomia entre subjetivo e objetivo e abram espaços para incorporar novas racionalidades e integrar novos conhecimentos (SAMPAIO, 2010; GARCIA, 2000), pois, como a saúde, em seu significado pleno, envolve múltiplas dimensões, ela não pode ser responsabilidade apenas de um setor (OMS, 1978) ou de uma área de conhecimento.

Neste contexto, a educação para saúde se torna viável a partir da articulação de saberes e da legitimação de “novas” formas de conhecimento, devido à importância de se empregar teorias de saúde-doença, baseadas na concepção positiva de saúde (ALMEIDA FILHO, 2000), reforçando a autonomia diante das circunstâncias de vida, ao invés de reforçar a dependência ou a culpa pelo processo de adoecimento.

Se considerarmos que 87,25% dos catadores disseram que costumam procurar algum serviço de saúde, quando adoecem, e 100% fizeram, pelo menos, uma vacina ao longo de sua vida, cabe salientar que encontrar um sentido e significado de vida é tornar o ser humano livre em sua totalidade (LELOUP, 2012b).

Essa liberdade se traduz na possibilidade de escolha, visto que, no caso em questão, os catadores participantes do estudo utilizam os serviços dos postos de saúde próximos às suas residências ou aos atendimentos no Pronto-Socorro Municipal pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A maioria dos catadores (81,25%) disse receber algum tipo de orientação dos profissionais que atuam nesses serviços de saúde, mas, nas entrevistas semiestruturadas, quando questionados sobre o conteúdo dessas orientações, 100% dos entrevistados disseram que tais informações não estão associadas à prevenção e manutenção da saúde.

“Só que é o seguinte, né? Que nem aquele dia que eu fui no médico por causa dos fardo aqui. O médico pegou e falou pra mim lá. Lá na UPA. Daí eu fiquei assim. O médico falou assim pra mim: Pô, negão, isso não era obrigação minha, tinha que arrumar um médico pra ti particular pra fazer isso aí, pela Cooperativa de vocês lá, particular” (C16).

“Um abcesso saiu, dois até. Eu consultei no Caique lá, daí eu perguntei pra doutora. Será que pode ser no meu serviço, que eu trabalhava na reciclagem. E daí ela nem me deu assunto. Ela nem me respondeu, ela só mandou eu lavar com água bem morna que ia passar” (C8).

Para Boff (1999), o cuidado faz parte da essência humana e não é apenas um ato pontual, mas, sim, uma atitude de respeito, de preocupação e de responsabilização para com o próximo. Cuidar é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, assim como compreende o acolhimento, a escuta do sujeito, o respeito pelo seu sofrimento e pela sua história de vida. Boff (2012) segue dizendo que, se, por um lado, o cuidado, seja ele dos profissionais ou de outros relacionamentos, pode diminuir o impacto do adoecimento, por outro, a falta de cuidado, ou seja, o descaso e o abandono podem agravar o sofrimento dos pacientes e aumentar o isolamento social, causado pelo processo de adoecimento.

Segundo esses catadores, os problemas mais frequentes são dor de cabeça (75%), problemas com as unhas (87,5%), coceiras e irritações na pele (37,5%), que os levam, com frequência, a procurar os serviços de saúde locais. Mas, nestes serviços, seis dos sete catadores que participaram da entrevista semiestruturada relatam não receberem qualquer orientação e se queixam de não serem ouvidos.

“E que nem, por exemplo, quando se picou com a abelha, eu fui lá e contei pro médico, que tinha sido picada aqui e tava inchada a mão e não consegui mais trabalhar na mesa. Ele não deu nenhuma orientação de cuidado. Não deu, disse: Só olha onde bota a mão” (C17).

“[...] a única coisa que ele perguntou pra mim foi como que eu tinha me machucado, e só. E não deu orientação nenhuma! Tá certo?” (C16).

“[...] Não, não me falam nada. Só tratam o problema. Nunca nem ouvem. É importante, eles fazê a educação da gente” (C7).

Também é comum, entre os profissionais de saúde, a cultura de que não é preciso “aprender” a fazer educação em saúde, como se o saber clínico e a formação acadêmica fossem suficientes para a implementação dessa prática. Com esse raciocínio, é frequente encontrarmos atividades educativas que fazem uma transposição para o grupo da prática clínica individual e prescritiva, tratando a população usuária de forma passiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as doenças e como cuidar da saúde, sem levar em conta o saber popular e as condições de vida dessas populações. Muitas vezes, a culpa do próprio paciente por sua doença predomina na fala do profissional de saúde, mesmo que este, conscientemente, até saiba dos determinantes sociais da doença e da saúde (VALLA, 1999).

Os estudos de Nogueira (1996) e Santos (2008), em relação à posição acerca dos problemas de saúde, advindos do ambiente laboral do catador, mostram que há um cotidiano marcado por riscos ambientais e ocupacionais, pela omissão e despreparo dos órgãos competentes e da sociedade e pelo total descaso e despreparo das equipes de saúde, para tratarem com e deste sujeito.

4.3.4 Educação para saúde e a diversidade de espaços

Nesta quarta categoria, foram agrupadas experiências e vivências dos catadores que geraram oportunidades de aprendizado, orientação preventiva e cuidados relacionados à perspectiva da saúde integral. Duas subcategorias compõem essa categoria, conforme consta no Quadro 7, a seguir.

Quadro 7 - Educação para saúde – diversidade de espaços

Categoria	Subcategorias
Educação para saúde - diversidade de espaços	- Serviços de saúde - Escola

Fonte: Autora (2013).

a) Serviços de saúde

As necessidades do catador, submetido a situações de risco, da doença ocupacional ao sofrimento, favorecem uma oportunidade de encontro entre educador para saúde e educando, gerando apoio para o enfrentamento de ameaça de vida e energia, para encarar a sobrevivência. Nesse sentido, a metodologia da educação para saúde, conforme constatamos na subcategoria “saúde e autonomia”, não está voltada para uma ação pedagógica direcionada ao ser humano e inserida em seu contexto de vida. A experiência de C18 refere não só ao desperdício da oportunidade quanto ao serviço de orientar o acesso ao cuidado, mas também, o descaso com a pessoa:

“Eu torci meu pé. Cai ali semana passada, quinta-feira passada. Inchou meu pé, inchou todo o meu pé, fiquei dois dia em casa enfaixei. No HPS, não fui atendida, porque os médico do pé, os dois tavam numa cirurgia. Ninguém falou mais nada. E era pra mim volta, e eu não voltei” (C18).

Nos espaços dos serviços de saúde, a educação deve atuar como uma estratégia de superação da grande distância que existe entre o serviço e o saber científico de um lado e, de outro, a dinâmica que envolve o adoecimento e cura.

A educação para saúde deve ocorrer nas dimensões do diálogo, do respeito e da valorização do saber popular, sendo ela considerada um instrumento de construção para saúde mais integral (GARCIA, 2000).

Nos serviços de saúde, os diversos profissionais se deparam não somente com o universo de significados, de crenças e de valores relacionados à comunidade em que atuam, como também convivem com a espiritualidade e a religiosidade que fazem parte dessa mesma população. Na fala de C8, por vezes, a condução educativa para saúde é algo transferido para uma posição divina.

“Meu companheiro tinha problema de coração. Mas só descobriu agora depois que faleceu. Ele tinha uma veia do coração entupida. Podia ter se tratado, mas não ia no médico.

Deus me fez pensar na saúde. Eu sou católica. É que eu também tive início de derrame, duas vezes, só que as duas vezes que eu tive fui pro hospital e qualquer coisinha que me sinto, que eu não tô bem, procuro o médico. Acho que eu tô me cuidando mais agora, depois do que aconteceu, Deus me iluminô e iluminô até meus filho também” (C8).

Dentro dessa perspectiva, esses profissionais devem agir, relacionando-se efetivamente com a população, refletindo as suas ações no cotidiano das pessoas, considerando o conhecimento popular, a escuta, o diálogo e os sentimentos dos indivíduos que estão sendo cuidados. Vale ressaltar que, de acordo com Freire (2003), quando o diálogo é fundamentado no amor, na humildade e na fé nos homens, se faz uma relação horizontal, em que a confiança mútua é consequência óbvia, gerando esperança e transformação.

Boff (2012, p. 202), ao tecer comentários sobre os profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) e a dimensão do cuidado, alerta que “um dos reducionismos, verdadeiro vício de nossa cultura, consiste nesta centração exclusiva do ser humano sobre si mesmo, que marca todos os nossos saberes e instituições. Imagina-se que o ser humano é tudo: o começo, o meio e o fim de todas as coisas”. É dentro dessa dimensão que os profissionais, envolvidos na educação para saúde, deveriam vivenciar a transformação social, acolhendo o indivíduo, respeitando-o em sua autonomia e valorizando-o como cidadão. Sob esta perspectiva, C8 continua a sua fala, ao ser questionada no que concerne a receber orientação, quando frequenta algum serviço de saúde: *“Nunca! Só, no caso, quando a gente entra que*

eles fazem as vacinas. No caso do meu companheiro, eu vi na TV que era muita fritura, muita, muita fritura. Era mais, era assim: mais o que ele comia era carne né. Muita” (C8).

Em seu livro, *Educação e mudança*, Freire (1979), quando se refere ao homem como um ser de relações, afirma que, quando ele compreende a realidade, pode levantar hipóteses acerca do desafio dessa realidade e procurar soluções, podendo transformá-la. Para Pelozoli (2010), não é mais possível deixar de perceber o contrataste entre a saúde pretensamente objetiva e a saúde subjetiva. Segundo o autor, os critérios selecionados, que classifica este ou aquele possível tratamento, ou a integração aos diversos programas de reeducação e orientação, são os parâmetros financeiros.

Contudo, podemos identificar que os programas de saúde, propostos em consonância com a atual política de saúde, chegam até o catador sem o conjunto da integralidade. A questão em comento pode ser observada na referência do catador C16, ao responder a questão que inquire sobre o local, no qual procura cuidado.

“Quero fazer, vê se faço o teste, como é que vou te explicar. Vocês falam uma língua [...] A nossa língua, nem sei o que que vocês falam lá. Falando bem o português, da AIDS, aquela braba. Mas ele só diz, para usar preservativo. Mas a gente sabe que as pessoas não usam. Uns, porque não gosta, outros porque não têm, outras, porque acham que nunca vão pega nada. Têm vários motivos que leva as pessoas a não usa. E que como é que vou te dizer: Que eu não sabia que tu vai no Caíque ali, tu chega ali e pedi, eles só te dão sacolas de preservativo, sem explicá nada” (C18).

A atitude dos profissionais da saúde, na posição de educadores da saúde, deve buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um usuário apresenta. O conjunto de sentidos de integralidade corresponde a uma crítica da dissociação entre a prática de saúde pública e as práticas assistenciais. Mas a posição marcante é pontuada, pela recusa em objetivar e recortar os sujeitos sobre os quais a política de saúde incide (BOSI, 2006). A autora (2006, p. 96) ainda diz que a integralidade, nos serviços de saúde, deve ser concebida como:

[...] princípio orientador das práticas, ou orientador da organização do trabalho, ou, ainda, orientador da organização das políticas, mas, acima de tudo, implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e uma afirmação da abertura para o diálogo.

Complementando a sua posição, a autora ainda enfatiza que os espaços dos serviços de saúde são operacionalizados por um paradigma biomecânico, hierarquizado e desintegrado, como no caso estudado, na posição de C8, referente às vacinas e à sacola de preservativos entregues ao C16. Segundo Bosi (2006, p. 104):

Basta examinarmos o modelo pedagógico por meio do qual se reproduz conhecimento na área-espaço, muitas vezes, de interdição do diálogo e de reificação de práticas autoritárias e que alienam a existência do educando enquanto ser – evidentemente reproduzida adiante com os usuários dos programas e serviços [...].

Entretanto, Sampaio (2004) refere que apenas a tomada de consciência dos problemas não é suficiente para motivar os sujeitos, pois o limite de sua ação é dado pela sustentabilidade oferecida pelos grupos de convívio social.

Na convivência, não basta apontar o que fazer, é preciso estar disposto a construir junto o como fazer. Considerando o espaço dos serviços de saúde para a educação voltada à saúde integral, deve se propor a fortalecer a individualidade, a partir da disponibilização de suportes coletivos, bens materiais e bens espirituais – compaixão, solidariedade e respeito.

b) Escola

A escola apareceu como um local de reprodução de conhecimentos em educação para saúde, e, por meio das falas dos catadores entrevistados, não há como identificar se tal prática de educação para saúde faz parte de um programa. Ela é percebida muito mais como uma iniciativa isolada de um ou de outro professor na intenção de promover informações básicas a respeito dos diversos tópicos relacionados à saúde.

Nota-se, também, o importante papel da escola na oferta de conhecimentos, como oportunidade para que o catador perceba a sua atividade profissional

integrada ao meio social e familiar, como podemos identificar no depoimento de C8, ao ser indagada sobre a forma como se percebia em relação à família e à comunidade.

“Teve, com a minha guria de dez ano. Ela era muito debochada no colégio. Falou, até comentou chorando. Bah! mãe, por que que tu trabalha ali, todo mundo no colégio até as tias fala que só a minha mãe que trabalha em lixo. Eu mudei ela de colégio. Eu mudei ela, ela começou lá no Assis, eu mudei ela pra outro nome [...] Agora tá normal, porque ninguém sabe, ninguém conhece a mãe dela, no caso” (C8).

Freire (2011) diz, com clareza, que a educação, como prática da liberdade, trata-se menos de um axioma pedagógico do que de um desafio da história presente, pois, quando se diz que educação é afirmação da liberdade, se obriga a reconhecer o fato da opressão, do mesmo modo que a luta pela libertação. Portanto, a educação para saúde no meio escolar pode contribuir para o desenvolvimento das habilidades pessoais, ou seja, educar para a vida, proporcionando momentos favoráveis que fortaleçam a saúde – na proporção da sua integralidade – e o desenvolvimento das boas relações familiares e comunitárias (GARCIA, 2000).

A educação para saúde inclui educação para os valores humanos e transforma a educação em instrumento efetivo para realização do homem na conquista das relações, da liberdade e do reconhecimento das diferenças individuais, permitindo, assim, a síntese cultural e espiritual sobre as quais se constroem as relações sociais (SAMPAIO, 2004). A posição de Sampaio (2004) pode ser exemplificada pelo relato de C12, quando faz referência a uma visita de alunos à unidade de triagem.

“As professora trouxe as crianças aqui pra conhecer, lá do Lasalle. Daí cheguei e contei pra minha sogra. Ela disse: Mas o quê?! Ela (a professora) foi levar os aluno dela lá no lixo. Entendeu? Eu disse: Sim, e daí? Eles (as crianças) têm que sabe que não somo lixeiro, que é importante reciclá. Acho que nem a professora sabia” (C12).

De acordo com Boff (2012, p. 250), propostas como essas sustentam uma das principais teses de Freire (1989), o qual acredita que os analfabetos são analfabetos de escrita e não, de oralidade, e a leitura do mundo precede a leitura da palavra.

Mais adiante, Boff (2012, p. 251), ao falar da relação do educando e do educador, acrescenta que

A educação é uma forma de intervenção no mundo, no sentido de mudá-lo. Educador e educando, juntos, aprendem na troca de saberes e de experiências que, unidos, podem contribuir para a construção do inédito viável, que é aquele sonho possível de ser antecipado, a realização de uma ideia geradora que chegou ao seu amadurecimento e que, por isto, ninguém pode calá-la; enfim, o irromper de um mundo novo, no qual não seja tão difícil amar e ser gente.

No entendimento de Garcia (2000), a educação para saúde começa no interior das famílias e se prolonga aos demais âmbitos de convivência, e, com isto, além de educar os alunos para enfrentar situações reais, a escola pode dar suporte para que as famílias façam opções saudáveis na condução dos problemas de seus alunos. No caso em questão, por vezes, o acesso aos serviços de saúde, na procura das “opções saudáveis”, ocorre por meio da escola, em especial, para os catadores que têm filhos em idade escolar.

“O guri tá com dificuldade no colégio. Eles (os professores) tão achando que é problema. Como é que vou te dizer. Ele sabe tudo, ele é inteligente até demais, mas ele não lê. Uma tal de dis...lexia. Aí ele tá com a psicóloga aqui do colégio. E agora eles (a equipe pedagógica da escola) tão com negócio da cabeça. Acho que é da cabeça. Eu não consegui ainda, então, eles (a escola) tão tentando conseguir pelo no posto. Para amanhã, a escola conseguiu que o guri vai no médico de... das vista” (C17).

Mouriño Mosquera e Stobäus (1983, p. 62), neste sentido, dizem que o professor efetivo em educação para saúde é

um mediador, quando estabelece relações diádicas, calorosas e profundas com seus estudantes, e é um facilitador, quando está inclinado a auxiliar o estudante a vencer problemas específicos. A ideia de facilitador, neste primeiro momento, nos indica que os professores estariam muito interessados em ajudar os alunos-problema que propriamente os alunos-sucesso.

Contudo, esses mesmos autores deixam claro que esta posição está diretamente vinculada ao estilo de cada professor e que este estilo depende de treino, educação, interesses individuais, orientação filosófica, sistema pessoal de valores e habilidades de ensino.

5 CONCLUSÃO: EDUCAÇÃO PARA SAÚDE INTEGRAL COMO EFEITO TRANSFORMADOR

5.1 SÍNTESE DOS RESULTADOS

A pesquisa, realizada a partir da observação direta do dia a dia dos catadores em uma unidade de triagem e de seus depoimentos, pode contribuir para uma abordagem mais concreta, real e humana acerca do tema “educação para saúde integral no ambiente de grupos em condição de vulnerabilidade social”. Assim, com bases científicas, elementos foram constituídos para a orientação de possíveis estratégias a serem utilizadas nos programas de educação e na promoção da saúde que buscam não somente a orientação, mas também, a prevenção e o tratamento.

Ao observar, conviver e conversar com esses profissionais, ficou evidente que é impossível e reducionista propor ações educativas voltadas para saúde integral sem considerar a multiplicidade de aspectos que compõem o ambiente de trabalho e a relação deste ambiente com as dimensões sociais, emocionais, cognitivas, afetivas e espirituais. Além disso, é preciso considerar a sensação de insegurança que é uma constante, devido à imprevisibilidade do que será encontrado na abertura de cada saco de lixo, aos acidentes de trabalho, às doenças ocupacionais, bem como às queixas sobre a discriminação. Podemos dizer que os desafios e as práticas da educação para saúde integral são ainda maiores, em decorrência da atual limitação do campo no âmbito da educação e da saúde.

Como primeira conclusão há no grupo estudado, um estabelecimento de condutas, normas, crenças, valores morais, vocabulários e expressões próprias de sujeitos de baixa renda, que baseiam as suas ações nesta forma de viver que lhes é peculiar e, assim, não entendendo ou percebendo, muitas vezes, os sinais de uma possível doença, ficando esta evidenciada quando já instalada. Esse grupo estudado possui outras prioridades que não tratam da qualidade de vida – do seu bem-estar – como base para a integralização da saúde, que só é pensada, quando o corpo – físico – padece.

Pode-se inferir que eles acreditam que só podem procurar assistência, informação e orientação, quando a doença já está instalada. Isto nos leva a pensar sobre estratégias possíveis de assistência ou tratamento que os catadores do grupo em questão podem vir a procurar e receber. Na análise dos dados, foi verificada ainda a necessidade de uma intervenção multiprofissional no âmbito da educação para saúde integral dos catadores, em especial, relacionada aos agravos e riscos incondicionais inerentes ao seu ambiente de trabalho e, sobretudo, a de mudança no comportamento dos profissionais dos serviços de saúde que atendem o referido grupo.

As políticas públicas de saúde encaminham para estratégias que, na prática, se traduzem em regras estandardizadas que são implementadas em contextos específicos e, à medida que os profissionais envolvidos se encarregam de implantá-las, o fazem de acordo com os seus interesses. Essa é uma das aprendizagens construídas a partir das falas dos catadores, ao relatarem as suas experiências em relação ao acesso aos serviços de saúde. No âmbito do ambiente de trabalho, os programas de promoção de saúde, articulados pelos serviços de saúde da comunidade a que pertencem os catadores do estudo, não estabelecem ações que orientem quanto aos riscos ocupacionais.

Os aspectos emocionais, como mediadores do processo de conhecimento ou de tomada de consciência, foram evidenciados nos relatos dos catadores na observação, em campo, de situações, como: reconhecimento da vergonha de trabalhar com o lixo, adoção de mecanismos de adoecimento do corpo e da alma e a relação destes com o trabalho, bem como a conscientização de que riscos estão expostos no trabalho e que acidentes a que estão sujeitos não acontecem apenas com os outros.

Os resultados mostraram que a educação para saúde integral deve ser tratada sob os mais diferentes olhares, seja o da ciência, por meio de várias disciplinas; do senso comum; do ponto de vista objetivo ou subjetivo; seja em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da educação, trata-se da valorização do saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva, e, no âmbito da saúde, quando vista no sentido ampliado – corpo e alma –,

se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais.

Esta pesquisa não tem a pretensão de ser conclusiva e determinista. Sua contribuição ao tema “educação para saúde” traz, antes de tudo, um alerta, ou seja, a possibilidade de uma orientação integralizada, demonstrando a multiplicidade da trama intimista, que se constrói como suporte para as áreas da educação e da saúde, como um processo, cujo eixo é a mudança no processo de educação para saúde dos indivíduos, com a devida atenção às possíveis desconexões deste processo, ao estar relacionado a grupos específicos, tais como o deste estudo.

5.2 RELEVÂNCIA DO ESTUDO: CONTRIBUIÇÃO NA CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA EDUCATIVA PARA SAÚDE INTEGRAL

Norteadado pela hipótese de que a saúde integral do catador, quando relacionada ao seu ambiente e às condições de trabalho, poderia melhorar se, nas oportunidades de (re)conduzir à saúde, este sujeito tivesse contato com um referencial de educação para saúde, baseado em suas próprias experiências. Esse estudo mostrou, desta forma, sob um olhar mais apurado, o que significa educar para saúde, considerando a especificidade da profissão de catador e o ambiente em que se desenvolve essa pesquisa.

A tese torna-se relevante para os estudos na área da educação e da saúde, por realçar a importância da educação para saúde integral dos catadores, em relação aos riscos a que estão submetidos no seu ambiente de trabalho, em um momento em que profissionais de diversas áreas procuram estabelecer intimidade com os propósitos da educação para saúde – seja ela formal ou informal.

No caso da educação para saúde integral dos catadores, apesar de louvável o esforço do Poder Público em desenvolver programas de educação para saúde, a abrangência de tais programas é limitada, se considerarmos que a cultura desse grupo não é confrontada com aquilo que as culturas majoritárias avaliam como sendo preventivo. É preciso compreender o que os catadores percebem como

importante, quando são desenvolvidos programas de educação para saúde, a fim de que possam alcançar melhorias e segurança no seu ambiente de trabalho.

Uma das contribuições que esta tese busca trazer para o campo da educação e da saúde é justamente demonstrar, em termos analíticos, o que representa, em prejuízo, oferecer aos catadores acesso a programas de educação para saúde que não levam em conta características do dia a dia destes sujeitos e que chegam até eles destituídos do princípio da integralidade.

A fundamentação do tema, o método analítico e os resultados oriundos dessa investigação, acredito, contribuem para entender que o conceito de educação para saúde permite um leque bastante amplo de sentidos, não raro, antagônicos, o que, por vezes, justifica um esforço de demarcar aquilo que realmente fundamenta seu conceito. É preciso lembrar também que, além da dimensão formal da educação para saúde, existe a dimensão informal, e que esses dois contextos envolvem práticas muito variáveis e profissionais com formação muito diferenciada.

As diferentes práticas, a falta do rigor conceitual e a ênfase nos aspectos prático-pragmáticos parecem, em parte, responder pelo insucesso de muitos programas de educação para saúde. Um dos primeiros questionamentos, quando nos deparamos com este insucesso, é: Encontramo-nos no mundo da educação ou no mundo da saúde? Ou será uma construção interdisciplinar?

Nesse sentido, sustentamos que um programa de educação para saúde deve estar ancorado em uma noção ampliada de educação e saúde, que pressupõe a associação de práticas que estimulem a compreensão de saúde como direito de cidadania, exercendo, sem sombra de dúvida, condições para que as pessoas se autoeduquem, isto é, se desenvolvam integral e harmoniosamente. Isto se torna fundamental na definição de programas de especificidade própria, a serem reconhecidos e considerados nas iniciativas de educação para saúde, em especial, aqueles voltados para as populações em condição de pobreza: sendo este o caso dos catadores.

Programas de educação para saúde remetem para uma atitude dos profissionais que educam para saúde integral – a de buscar compreender o conjunto de necessidades de ações por eles a serem empreendidas que levem em consideração o que o educando representa. A outra atitude deve ser marcada pela recusa por parte desses profissionais em objetivar e fragmentar os sujeitos sobre os quais os programas incidem, atitude esta que amplia, ainda mais, o horizonte de problemas a serem tratados. Com isto, o referencial dos programas que educam para saúde deve ter, como princípio norteador das práticas, a integralidade ou, ainda, o referencial norteador da organização dos próprios programas, mas, acima de tudo, implica recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos educandos e uma afirmação de abertura para o diálogo.

Os programas de educação para saúde integral sugerem contemplar dimensões que, por sua vez, se manifestem no cuidado – observando que não se trata de buscar ou propor uma postura holística, porém, um exercício de ampla negociação do que é relevante para a construção de um programa de intervenção para uma verdadeira saúde integral.

Dentre as possíveis dimensões, destacamos a capacidade de:

- responder ao sofrimento manifesto;
- apreender as necessidades de ações no contexto de cada oportunidade de encontro entre educador e educando;
- reconhecer a intersubjetividade inerente às práticas de educação para saúde;
- promover, de forma dialógica ou de negociação entre o educador e o educando, a definição do caminho preventivo e terapêutico.

A incorporação do princípio da integralidade, com vistas ao referencial de educação para a saúde integral, implica, no entendimento da pesquisadora, a partir dos achados desse estudo, em solidificar os elos entre o cuidado e integralidade, condição necessária e decorrente da intersubjetividade inerente às relações que se estabelecem entre os sujeitos que educam e os que são educados.

Visualiza-se, por conseguinte, uma clara interface com outro pressuposto – o da qualidade de vida – que também foi demarcado para reflexão no Capítulo 2 desse estudo, uma vez que a sua utilização tem sido recorrente, não raro, banalizada por imprecisões conceituais.

Integralidade que neste estudo, importante destacar, refere-se ao plano das relações intersubjetivas que se processam nas práticas da educação para saúde e, mais especificamente, ao plano dos programas de educação para saúde, tendo como seu fundamento a capacidade de simbolização e a construção de sentido de um ser único e individual. Por relação intersubjetiva, espaço da prática na educação para saúde, equivale dizer (re)encontro como contato genuíno que representa não só o entendimento das queixas, mas também, da relação do que é preciso expressar. Assim, educar para saúde integral implica acolhimento e, sobretudo, empatia e diálogo. A condição ética dessa relação acontece a partir do contato na abertura ao outro, o que Bubber (1974) muito bem simboliza quando nomeia atitude Eu-Tu, que não pode ser mantida indefinidamente, devendo ser alternada com o distanciamento – atitude Eu-Isso –, inerente aos requisitos técnicos da prática em educação para saúde.

No que se refere aos profissionais – dinamizadores do processo de educação – cabe uma reflexão sobre o referencial formador desses profissionais, na medida em que o modo de produção de conhecimentos favorece ou limita o alcance dos princípios da integralidade.

Sem desmerecer a necessidade dos atuais programas de educação para saúde que, por vezes, são lançados como soluções mágicas, a pesquisadora, com base em anos de práxis educativa e nos resultados de sua investigação, reafirma o papel revolucionário do cotidiano, no qual se materializam os poderes e os fazeres profissionais, cabendo, evidentemente, refletir sobre isto em termos teóricos-metodológicos.

Essas práticas do cotidiano prendem-se à crença de que se consegue a prevenção e a reabilitação pela implementação de mecanismos fisiológicos ou psicológicos de causalidade linear, baseada na autoridade de quem representa o

saber frente ao ignorante, vítima da sua condição de analfabeto funcional. Tal é o caso, por exemplo, do catador que diz ter medo da AIDS – devido aos acidentes perfuro-cortantes na triagem do lixo – e que recebe uma sacola de preservativos, quando acessa um serviço de saúde.

Frente ao exemplo e no encaminhamento de novos estudos, fica a sugestão de examinar o modelo pedagógico, por meio do qual se reproduz conhecimento nos serviços de saúde, espaços, muitas vezes, de interdição do diálogo e de práticas autoritárias que alienam a existência do educando, enquanto Ser. A educação para saúde precisa se distanciar dos modelos estandardizados e ameaçadores, pois a compreensão de saúde, como direito de cidadania, não se faz, apontando lacunas para as pessoas que não cumprem os requisitos sociais de estilo de vida saudável.

Contudo, a pesquisadora não acredita que tal situação se modifique com capacitações voltadas para aspectos técnicos, supostamente objetivos, isto porque a prática de educação para saúde integral requer um processo de formação e aperfeiçoamento que, também, permite ao educador educar-se em suas emoções, aprendendo a lidar com o seu sofrimento, com as suas fragilidades e imperfeições, reconfigurando a sua compreensão – no sentido fenomenológico-hermenêutico do termo – uma vez que só pode compreender e, por consequência, respeitar alguém no ato de ser o que se é.

Urge a construção de referenciais de educação que busquem o equilíbrio e a regulação da complexidade da vida, ou seja, a criação de espaços de socialização de conhecimentos, pelos componentes de diferentes grupos, sobre temáticas consideradas importantes para uma vida mais saudável.

5.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De tudo que possa estar relacionado à educação para saúde integral, foram privilegiados, nessa tese, os elementos que permitiram pensar os catadores a partir de uma visão holística. De forma realista, as experiências, apresentadas através das categorias analisadas, são parte de um construto em fase incipiente de legitimação.

Conceitos, como educação, saúde e qualidade de vida, foram, na fundamentação teórica, apresentados e ampliados, para abrigar a dimensão subjetiva da existência e incluir as aspirações e os direitos humanos. A partir daí, o enfoque de educação para saúde integral constitui-se como uma proposta ambiciosa, que visa a transpor fronteiras disciplinares, articular teoria e prática e assegurar a participação dos diferentes atores. No que concerne ao tema “educação para saúde”, a abordagem integral, já por definição, convoca para a discussão de problemas e a busca de soluções, isto é, pressupõe o uso de métodos autoformativos (investimento de si em si, por si) e participativos.

Entre os muitos desafios, está o de integrar a participação dos profissionais da educação e da saúde, seja porque realizam, seja porque sofrem as intervenções relacionadas à saúde integral. Considera-se, desta forma, imprescindível a participação das pessoas comuns, no caso os catadores, que vivem os problemas relacionados à saúde bio-psico-social no seu cotidiano laboral. Mas, além da participação desse grupo, é preciso refletir sobre como efetivamente se daria tal participação. Certamente, a avaliação dessa participação não seria pelo número de vacinas aplicadas, conforme constatamos no estudo em questão, pois nesse sentido, o termo “participação” teria um significado passivo.

Devemos considerar a importância e chamar a atenção para a necessidade de uma avaliação da participação efetiva das comunidades ou dos grupos de catadores e, ainda, de sua inclusão na própria avaliação dos métodos, adotados no processo de educação para saúde, de modo a influenciar rumos e estratégias diferenciadas. No palco da educação para saúde integral, a variedade de significados é potencialmente ilimitada, sendo determinada principalmente “por quem” e “em que circunstâncias” a noção de integralidade é construída. Tais características transformam os profissionais da saúde e da educação em uma espécie de elite, em termos de disponibilidade e desenvoltura, tornando-os, na maior parte das vezes, dificilmente representativos dos conteúdos da educação para saúde integral.

O enfoque de educação para saúde, descrito de forma clara por Garcia (2000), permite visualizar um conjunto de parâmetros, norteadores de ações, com vistas a ultrapassar o paradigma antropocêntrico dos programas de saúde. Por outro

lado, devemos ter claro que a evolução da educação para saúde não ocorrerá se não for consolidada a partir da pedagogia social que tem incorporado reflexões sobre as práticas socioeducativas e a construção de uma sociedade democrática que pretende ampliar a qualidade de vida de seus cidadãos. Portanto, uma proposta de educação para saúde integral, com a contribuição e a orientação da pedagogia social, pode ser vista como social e permanente ou, ainda, como algo que supera os marcos da assistência e encaminha para a promoção não só da saúde, mas também, para a melhora das condições gerais de vida. Assim, a educação para saúde pode ser considerada como socialmente produzida e relacionada a um conjunto de valores, passando a exigir uma ação coordenada, combinada com metodologias de intervenção, implicadas com diferentes grupos sociais.

Com certeza, existem aqueles que dizem que a proposta de educação para saúde integral é ambiciosa e que, na prática, seria impossível promovê-la. Cabe, portanto, uma reflexão sobre a sua viabilidade. A questão da viabilidade nos remete a algumas variáveis, como a imprecisão da fundamentação teórica, a dificuldade de operacionalizar o modelo conceitual e a ausência de evidências. Cabe ressaltar, pelo menos, mais um ponto que se refere à própria definição de saúde integral, ou seja, que é preciso aqui refletir sobre as diversas dimensões subjacentes a nossa escolha científica e lembrar que esse enfoque de educação constitui um enorme desafio que nos exige buscar procedimentos metodológicos fundamentais. No entanto, acreditamos que os desafios permitirão superar reducionismos e antagonismos, reconhecer a urgência de transpor fronteiras disciplinares e restaurar a globalidade dos temas “educação e saúde”, tão fragmentados a uma ou a outra de suas dimensões.

Para finalizar, reafirmamos o paradigma biomédico, quando se trata de resgatar a heterogeneidade dos processos envolvidos na educação para saúde integral e de suplantar, na tentativa prática de promovê-la, a fragmentação de aspectos interativos à realidade. Cabe, também, reafirmar a importância de superar a simplificação que é inerente para ampliar o contexto, levado em conta tanto na leitura da patologia quanto no planejamento de intervenções em educação para saúde. Só assim será possível produzir intervenções contextualizadas, potencialmente transformadoras, de uma realidade, como as dos catadores, e que sejam capazes de ampliar, efetivamente, as alternativas para uma vida mais plena.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunicação, Saúde Educação**, v. 8, n. 15, p. 259-274, mar./ago. 2004.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A ciência da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 753-770, 2001.

_____. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). **Saúde em Debate**, n. 33, p. 349-370, 2009.

_____. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

ALVES, Déa T. de M. **De dentro para fora, de fora para dentro**: organizações, mentalidades e sensibilidades em torno da recuperação dos restos sólidos. 2006. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

ARENHART, Amabilia B. P. **Colcha de retalhos**: a costura de projetos de vida no coletivo da Ecos do Verde. 2006. 116 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2006.

ATZINGEN, Regina H. V. **O direito à saúde e o trabalho**: um estudo de caso no centro de referência em saúde do trabalhador - regional de Ribeirão Preto. 2010. 171 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

BAFFI, Sandra M. de O. **Qualidade de vida de participantes de programas de economia solidária**. 2008. 106 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2008.

BARATA, Rita Barradas. **Como e porque as desigualdades sociais fazem mal a saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.

BAUMAN, Zygmunt. **Comunidade**: a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. **Vida líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **O destino do homem e do mundo:** ensaio sobre a vocação humana. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. **Crise:** oportunidade de crescimento. Petrópolis: Vozes, 2011.

_____. **O cuidado necessário:** na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. Petrópolis: Vozes, 2012.

BOGDAN, Robert C.; BIKLEN, Sari Knopp. **Investigação qualitativa em educação.** Porto: Porto, 1994.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde:** enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 23 dez. 2013.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações:** trabalhadores da coleta e seleção de material reciclável. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde.** As Cartas da Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2007.

BUBER, Martin. **Eu e Tu.** 2. ed. São Paulo: Editora Moraes, 1974.

CALDERONI, S. **Os bilhões perdidos no lixo.** 3. ed. São Paulo: Humanitas, 2003.

CANOAS. Instituto Canoas XXI Geocanoas. **Diagnóstico socioeconômico censo IBGE 2000.** Canoas, 2010. 30 f.

_____. Observatório de Segurança Pública. **Informações para subsidiar a elaboração dos projetos PAC2.** Canoas, [2009]. [28] f.

_____. **Plano Diretor Urbano Ambiental:** resíduos sólidos. Disponível em: <<http://www.canoas.rs.gov.br/PDUA/ARQ57.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

CAPRA, F. **O ponto de mutação.** 23. ed. São Paulo: Cultrix, 2002.

CASTRO, Elton A. da S. de. **Do afeto e da política em um cotidiano (in)sustentável:** as trajetórias de vida dos trabalhadores da reciclagem. 2003. 88 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2003.

CHAVES, Priscila F. **Famílias de catadores de resíduos sólidos urbanos na perspectiva da educação ambiental: condições de risco e processos de resiliência.** 2011. 100 f. Dissertação (Mestrado em Educação Ambiental) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2011.

CHOPRA, Deepak. **Conexão saúde.** São Paulo: Best Seller, 2004.

CREMA, Roberto. **Saúde e plenitude um caminho para o ser.** São Paulo: Summus, 1995.

CRISIGIOVANNI, Cirinéa L. M. **Uma abordagem sócio-ambiental e tecnológica da reciclagem dos resíduos de vidro.** 2010. 88 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Tecnologia) – Instituto de Tecnologia para o Desenvolvimento, Curitiba, 2010.

CRUZ, Fátima L. M. da. **Desenvolvimento sustentável e responsabilidade social: coleta seletiva e participação empresarial: o caso de uma cooperativa de "agentes ecológicos",** em Salvador. 2006. 165 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional e Urbano) – Universidade de Salvador, Salvador, 2006.

CUNHA, Bruno B. da. **Não está cheirando nada bem: condições e efeitos da territorialidade de excluídos, na condição de catadores de materiais recicláveis,** em Belém (PA). 2007. 126 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal do Pará, Belém, 2007.

CURADO, Luiza F. R. de M. **Uma análise psicossocial das relações de trabalho dos catadores de material reciclável organizados em cooperativas de reciclagem.** 2006. 116 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2006.

DEJOURS, C.; LANCRNAN; Selma; SZNELWAR, Laerte Idal (Orgs.). **Psicologia à psicodinâmica do trabalho.** Brasília: Paralelo 15, 2004.

DEORSOLA, Alberto C. **Gestão de saúde, segurança, meio ambiente e responsabilidade social em micro e pequenas empresas recicladoras de plásticos PEBA e PET no Estado do Rio de Janeiro.** 2009. 134 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Química) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1993.

DINIZ, Elenilze J. **Tensões e distensões na construção do *habitus* associativo: uma análise comparativa nas organizações associativas de catadores de lixo na Paraíba.** 2008. 307 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

ECO, Umberto. Ensaio: crítica é arma contra desorientação. **Folha de São Paulo,** 07 out. 2001. p. A-25.

FERREIRA, Iane R. P. **Do lixo à solidariedade**: avanços e perspectivas na busca de uma nova realidade. 2007. 190 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

FERREIRA, João Alberto; ANJOS, Luiz Antonio Dos. Aspectos de saúde coletiva e ocupacional associados à gestão dos resíduos sólidos municipais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 689-696, jun. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n3/4651.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

FIGUEIREDO, Fábio F. **Em cima do lixo**: a exploração do trabalho dos catadores de materiais recicláveis do aterro controlado da cidade de Natal - RN. 2004. 159 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

FRANCO, Maria Laura P. Barbosa. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília: Liber Livro, 2005.

FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido**. 25. ed. São Paulo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 36. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Centauro, 2001.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. **Resumo Estatístico RS**. Canoas. Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/resumo/pg_municipios_detalhe.php?municipio=Canoas>. Acesso em: 23 maio 2010.

GALVÃO JÚNIOR, Alceu de C. **Aspectos operacionais relacionados com usinas de reciclagem e compostagem de resíduos sólidos domiciliares**. 1994. 113 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Hidráulica e Saneamento) – Universidade de São Paulo, São Carlos, 1994.

GARCIA MARTINEZ, Alfonso; SÁEZ CARRERAS, Jean; ESCARBAJAL DE HARO, Andrés. **Educación para la salud**: la apuesta por la calidad de vida. Madrid: Arán, 2000. 180 p.

GATTI, Berbadete Angelina. **Grupo Focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de iniciação a pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Decasa, 1997.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Contagem da população de Canoas**. Disponível em:

<<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=793&z=t&o=24&i=P>>.

Acesso em: 15 dez. 2012.

LALONDE, M. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. In: **Promoción de la salud: una antología**, Publicación Científica 557. p. 3-5, Washington, DC: OPS, 1974.

LAUTENSCHLAGER, Angela T. C. **Condições de vida e trabalho dos catadores de lixo de Maceió**. 2006. 146 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2006.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

LELOUP, Jean-Yves. **O corpo e seus símbolos: uma antropologia essencial**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2012a.

_____. **Uma arte de cuidar: estilo alexandrino**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2012b.

MAGERA, M. **Os empresários do lixo: um paradoxo da modernidade**. 2. ed. Campinas: Átomo, 2005.

MARCELLINO, N. C. Lazer e qualidade de vida. In: MOREIRA, W. W. (Org.). **Qualidade de vida: complexidade e educação**. Campinas: Papyrus, 2001. p. 45-59.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação dos dados**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARINHO, M. C. N. **As transformações no mundo do trabalho e suas implicações na formação do executivo**. 2005. 141 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2005.

MARTINS, Andrea C. **A busca pela proteção ao trabalho dos catadores de materiais recicláveis: análise da experiência do Instituto Lixo e Cidadania em Curitiba - PR**. 2007. 179 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2007.

MAY, Tim. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MEDEIROS, Luiza F. R. **Uma análise psicossocial das relações de trabalho dos catadores de material reciclável organizados em cooperativas de reciclagem**.

2006. 152 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2006.

MENDES, A. M.; CRUZ, R. M. Trabalho e saúde no contexto organizacional: algumas vicissitudes teóricas. In: TAMAYO, A... [et al.]. **Cultura e saúde nas organizações**. Porto alegre: Artmed, 2004. p. 39-55.

MICHELOTTI, Fernando C. **Catadores de "lixo que não é mais lixo"**: um estudo da dimensão do reconhecimento social a partir de sua experiência de organização coletiva no Rio Grande do Sul. 2006. 192 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

_____. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde**: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

MIURA, Paula O. C. **Tornar-se catador**: uma análise psicossocial. 2004. 152 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

MORIN, E. **O método**: a vida da vida. 3. ed. Portugal: Publicações Europa América, 1999. v. 2.

MOURIÑO MOSQUERA, Juan José; STOBÄUS, Claus Dieter. **Educação para saúde**: desafio para sociedades em mudança. Porto Alegre: Editora da Universidade, 1983. 110 p.

MOVIMENTO NACIONAL DOS CATADORES DE MATERIAIS REICLÁVEIS (MNCR). **Página inicial**. Disponível em: <<http://www.mncr.org.br/>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

MURTA, Genilda Ferreira (Org.). **Dicionário Brasileiro de Saúde**. 3. ed. São Caetano do Sul, 2013. 797 p.

NOGUEIRA, Jozeni. **Viver sobre o lixo e sobreviver do lixo**: um estudo com catadores de lixo em Vitória - ES. 1996. 160 f. Dissertação (Mestrado em Saúde

Psicologia) – Centro de Estudos Gerais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 1996.

OLIVEIRA, Michele M. **Vulnerabilidade e exclusão social**: uma abordagem sobre representações sociais de catadores de materiais recicláveis em Ipatinga - MG. 2007. XII, 102 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição**. OMS, New York, 1946.

_____. **Atención primaria de salud**: informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978. 91 p.

PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini de. **Metodologia de pesquisa**: abordagem teórico-prática. Campinas: Papirus, 2004.

PAIM, Ilse A. P. **Catadores de sonhos**: uma abordagem educativa sensível. 2010. 104 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2010.

PANTANO FILHO, Rubens; ROSA, Derval dos Santos. Perfil dos cooperados das cooperativas de catadores de resíduos sólidos na cidade de Campinas. In: ZANIN M.; GUTIERREZ, R. F. (Orgs.). **Cooperativas de catadores**: reflexões práticas. São Carlos: Claraluz, 2011. p. 357-386.

PELIZZOLI, Marcelo (Org.). **Os caminhos para saúde**: integração mente e corpo. Petrópolis: Vozes, 2010.

POLIT, Denise F.; BECKER, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos e avaliações e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Educação. **Programa de pós-graduação em educação**: linhas de pesquisa. Disponível em: <<http://www3.pucrs.br/portal/page/portal/facedppg/ppge>>. Acesso em: 17 dez. 2012.

PORTAL, Leda Lisia Franciosi. Espiritualidade e saúde. In: TEIXEIRA, Evilázio F. B.; MÜLLER, Marisa Campio. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. 157p.

PORTO, M. F. S.... [et al.]. Lixo, trabalho e saúde: um estudo de caso com catadores em um aterro metropolitano no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1503-1514, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/07.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

RIBEIRO, Luiz C. S. **O impacto econômico dos materiais recicláveis das cooperativas de catadores no Estado do Rio de Janeiro em 2006**: uma análise de insumo produto. 2010. 141 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010b.

RIBEIRO, Obertal X. **Análise de discursos de catadores**: uma experiência a partir do grupo de Mesquita – RJ. 2010. 134 f. Dissertação (Mestrado em Letras e Ciências Humanas) - Escola de Educação, Ciências, Letras, Artes e Humanidades, Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy, Duque de Caxias, 2010a.

ROCHA, Vanessa B. da. **A vida e o trabalho dos recicladores urbanos**: uma proposta de educação e inclusão para além da geração de renda. 2002. 166 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SAMPAIO, Dulce Moreira. **A pedagogia do ser**: educação dos sentimentos e dos valores humanos. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. **Educação e a reconexão do ser**: um caminho para a transformação humana planetária. Petrópolis: Vozes, 2010.

SANTOS, Gemelle O. **Resíduos sólidos domiciliares, ambiente e saúde**: (inter)relações a partir da visão dos trabalhadores do sistema de gerenciamento de resíduos sólidos de Fortaleza – CE. 2008. 164 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

SCHERER, Márcia. **Ambiente e cidadania**: estudo sobre a ação do estado democrático de direito na inclusão social e na sustentabilidade. 2008. 152 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) – Centro Universitário Univates, Lajeado, 2008.

SELIGMAN, M. E. P. **Felicidade autêntica**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

SOUZA, Carla N. J. M. **As cooperativas como meio de promoção de trabalho e dignidade humana na Amazônia**: o caso do Aterro Sanitário do Aurá. 2004. 166 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2004.

TONES, B. K. **Health Education**: politics and practice. Victoria: Deakin University Press, 1994.

TORRALBA i ROSSELLÓ, Francesc. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2009. 196 p.

UNITED NATIONS CHILDRENS FUND (UNICEF). **UNICEF Brasil**. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

URIPEN®: **dispositivo para incontinência urinária – adaptado o sexo masculino**. Disponível em: <<http://www.2011.biomedsp.com.br/index.php/produtos/>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Caderno de Saúde Pública**, n. 15, supl. 2, p. 7-14, 1999.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. 39-57, 1998.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

VILA, Ana Carolina Dias; VILA, Vanessa da Silva Carvalho. Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde no Brasil. **Revista Latino AM Enfermagem**, v. 15, n. 6, nov.-dez. 2007. [*On line*]. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 15 nov. 2012.

WILBER, Ken. **Espiritualidade integral**: uma nova função para a religião neste início de milênio. São Paulo: Aleph, 2007.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZANIN, M.; GUTIERREZ, R. F. (Orgs.). **Cooperativas de catadores**: reflexões práticas. São Carlos: Claraluz, 2011.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Catador(a):

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui orientado, (a) de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e/ou coerção, a respeito dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido(a), para a realização da presente pesquisa. Fui igualmente informado (a):

- I. Quanto à garantia de receber respostas a qualquer pergunta e/ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca dos assuntos relacionados à pesquisa;
- II. Quanto à liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar de estudo, sem que isto traga prejuízo a minha pessoa;
- III. Quanto à segurança de que não serei identificado (a) e que será mantido o caráter confidencial das informações que dizem respeito a minha privacidade;
- IV. De que receberei uma cópia da transcrição da entrevista, para conferir os dados;
- V. De que haverá destruição posterior da fita utilizada, para registrar a minha entrevista, e também de que os dados recolhidos servirão apenas para o estudo e a divulgação com fins científicos.

O pesquisador, responsável por este projeto de pesquisa, é a doutoranda Izar Muller Behs (Fone: 98063157), orientado pela Professora Dra. Leda Lísia Franciosi Portal.

Declaro, ainda, que assinei este Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias e que recebi uma cópia do documento.

Eu _____, abaixo assinado, autorizo a utilização dos dados, para elaboração e a divulgação do estudo proposto.

Assinatura do (a) Participante da pesquisa

Assinatura do responsável pela pesquisa

Canoas, _____ de 2012.

APÊNDICE B – Termo de Autorização de Uso de Imagem

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu, _____, brasileiro (a), catador (a) de material reciclável, vinculado (a) à Cooperativa de Trabalho, situada na rua Bela Vista, nº. 14, bairro Guajuviras, Canoas, Rio Grande do Sul, AUTORIZO o uso de minha imagem em todo e qualquer material, tais como fotos, documentos e outros meios de comunicação, para ser utilizada em campanhas e exposições, destinadas à divulgação ao público em geral sobre a “**importância do trabalho com material reciclável e do papel do catador**”, desde que não haja desvirtuamento de sua finalidade.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem, acima mencionada, em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e, em destaque, das seguintes formas: (I) folhetos, em geral (encartes, mala direta, catálogo, etc.); (II) *folder* de apresentação; (III) anúncios em revistas e jornais em geral; (IV) *home page*; (V) cartazes; e (VI) mídia eletrônica (painéis, *vídeo-tapes*, televisão, cinema, programa para rádio, entre outros).

Por ser esta a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso, acima descrito, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 (dias) vias de igual teor e forma.

Porto Alegre, ____ de _____, de 2012.

Nome do participante ou responsável legal:

APÊNDICE C – Entrevista Semiestruturada

Entrevista semiestruturada	
Nome do entrevistado:	
Idade:	
Tempo de trabalho como catador:	Data:
Tempo de trabalho na Cooperativa:	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Conta-me como foi que tu vieste trabalhar aqui? 2) No teu trabalho como catador (a), como tu te percebes em relação a ti mesmo, a tua família e à comunidade? 3) Em algum momento, teu trabalho te traz sofrimento? O que te proporciona prazer em teu trabalho? 4) Em tua opinião, o que é preciso para se ter um ambiente de trabalho saudável? 5) Para ti, o que é saúde? 6) O que é doença? 7) Em teu trabalho como catador, já tiveste algum acidente? Conta-me como foi? Conseguiste te recuperar? 8) O que tu fazes para cuidar de tua saúde? 9) Quando tu não estás bem, o que costumás fazer? 10) Quando tu estás com algum problema, onde procuras cuidado? (amigos, vizinhos, espiritualidade, ONGs, etc.)? 11) Tu frequentas algum serviço de saúde? Se, sim, relacionado ao teu trabalho, tu recebes orientações? Se, sim, quais? 12) Quais são os teus planos para o futuro? 	

APÊNDICE D – Levantamento Socioeconômico**LEVANTAMENTO SOCIOECONÔMICO DE CATADORES**

Data da aplicação do questionário: ___/___/___

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

01. Nome do entrevistado: _____

02. Idade: ____ anos.

03. Sexo: () Masculino () Feminino

04. Estado civil: () Solteiro () Casado () Separado () Viúvo () Outro: _____

ESCOLARIDADE E QUALIFICAÇÃO

05. Tiveste oportunidade de frequentar a escola?

() Sim () Não

06. Até que série tu estudaste?

- () Não alfabetizado
- () Ensino fundamental I Incompleto
- () Ensino fundamental I Completo
- () Ensino Fundamental II Incompleto
- () Ensino Fundamental II Completo
- () Ensino Médio Incompleto
- () Ensino Médio Completo
- () Outros. Qual? _____

07. Gostarias de voltar a estudar?

() Não () Sim () Sim, mas não pode

08. Se “não”, por quê?

- () Idade avançada
- () Debilidade física/saúde
- () Falta de tempo, por excesso de trabalho
- () Falta de tempo, por demandas familiares
- () Satisfação quanto à formação obtida até o momento
- () Percepção de que o estudo não é importante

09. Se, “sim”, por quê?

- Exigências do mercado de trabalho/melhoria do emprego
- Desejo de aprender para aprimoramento pessoal
- Desejo de aprender para auxiliar os filhos
- Desejo de aprender para inserção cultural (leitura-escrita, teatro, música, etc.)
- Desejo para melhor viver, cuidar de si e da família

10. Se, “sim”, mas não podes, por quê?

- Idade avançada
- Debilidade física/saúde
- Falta de tempo, por excesso de trabalho
- Falta de tempo, por demandas familiares
- Satisfação quanto à formação obtida até o momento
- Percepção de que o estudo não é importante

11. Se, “sim”, em que condições tu gostarias de voltar a estudar?

- Nos finais de semana
- Durante a semana, à noite
- Durante o turno de trabalho
- À noite, mas, não todos os dias
- Outros. Qual? _____

12. Gostarias de fazer alguma capacitação ou curso?

- Sim Não. Qual? _____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL E RENDA

13. Há quanto tempo tu trabalhas?(Em anos)_____.

14. Tu trabalhas em outro lugar ou possui outra fonte de renda (incluindo pensões e benefícios sociais do governo) Sim Não

15. Se, “sim”, qual a outra fonte de renda?

- Atividade de trabalho informal – Qual? _____ Valor: _____
- Atividade de trabalho formal – Qual? _____ Valor: _____
- Bolsa Família – Valor: _____
- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) – Valor: _____
- Auxílio Doença – Valor: _____
- Aposentadoria – Valor: _____
- Pensão – Valor: _____

16. Entre tuas atividades de trabalho anteriores, em alguma delas tu tiveste vínculo?

Formal Informal

17. Se “formal”, especifica o ramo:

Construção civil Indústria Serviços domésticos Comércio
 Serviços Agricultura Pecuária Extrativismo Outros

Quais: ____

18. Se “informal”, especifica o ramo:

Construção civil Indústria Serviços domésticos Comércio
 Serviços Agricultura Pecuária Extrativismo Outros

Quais: _____

19. Em alguma das tuas atividades de trabalho, tu possuías carteira de trabalho assinada?

Nunca teve carteira assinada Sim

20. Se, “sim”, por quanto tempo (anos)?

0 a 2 anos 3 a 5 anos 6 a 7 anos 8 a 9 anos 10 ou mais

21. Tu contribuis, atualmente, para o INSS?

Não Sim. Quanto tempo de contribuição tu possuis em anos? _____

ACESSO E PARTICIPAÇÃO CULTURAL E SOCIAL

22. O que tu fazes nas horas vagas?

Assiste à TV Cuida da casa e dos filhos Ouve rádio
 Lê livros ou outros materiais Descansa Passeia Outros

Quais? _____

23. Visando ao teu bem-estar, há alguma atividade que tu gostarias de realizar nas horas vagas?

Não Sim Quais? _____

24. De que forma tu te manténs informado? Através de:

Jornais Revistas Rádio Televisão Internet Outros _____

25. Tu participas de algum dos grupos abaixo?

- () Associação de Moradores () Partido Político () Movimento Social
 () Igreja () Grupo Esportivo () ONG () MNCR () Outros. Quais? _____

CONDIÇÕES DE MORADIA**26. Local de moradia:**

- () Mesmo bairro pesquisado
 () Em outro bairro. Qual? _____.
 () Em outra cidade. Qual? _____.

27. Sua casa é:

- () Própria (*só é pertinente, se a resposta for "casa própria"*)
 () Irregular/invasão
 () Regularizada
 () Alugada
 () Albergue
 () Cedida
 () A rua

28. A casa em que moras é:

- () De madeira () De material () Mista () Outros. Quais? _____

29. Quantas peças têm a tua casa?

- () 1-2 () 3-4 () 5-6 () mais de 6

30. A casa possui:

ITEM	
Água encanada	
Luz	
Saneamento básico (rede de esgoto ou fossa séptica)	
Coleta de lixo	
Banheiro	
Fogão	
Geladeira	
Freezer	
Ferro de passar roupa	
Microondas	
Televisão	
DVD player	

Aparelho de som	
Telefone fixo	
Telefone celular	
Computador	
Internet	

CONDIÇÕES DE TRABALHO

31. Quais os turnos que tu dedicas ao trabalho de catador?

Manhã Tarde Noite

32. Quantos dias na semana tu trabalhas como catador?

1 2 3 4 5 6

33. Quantas horas do dia tu dedicas à catação?

1 a 2 horas. 3 a 5 horas 6 a 7 horas

8 a 9 horas 10 horas ou mais

34. Utilizas algum tipo de proteção (luvas, óculos, sapato fechado, etc.) na atividade de catação?

Não

Sim

35. Se, “sim”, quais?

Luvas

Óculos

Sapato fechado

Protetor auricular

Outros _____

36. Já tiveste algum tipo de acidente, enquanto realizavas a atividade de catação?

Não

Sim

37. Qual acidente tu sofreste, enquanto realizavas a catação?

Corte

Escoriações

Perfurações

Contusão

- Ferimento nos olhos
- Esmagamento de dedo
- Mordedura por animais
- Fratura
- Outros – Especificar: _____

**38. Em qual parte do corpo (distribuição anatômica), ocorreu o acidente?
(Caso tenhas sofrido algum tipo de acidente)**

- Mãos
- Braços
- Pés
- Pernas
- Olhos
- Cabeça
- Tórax/abdômen

Agora vou te perguntar algumas coisas em relação ao teu trabalho atual

39. Gostas do teu trabalho? Não Sim

40. Sentes satisfação com teu trabalho? Não Sim

41. Por que resolveste trabalhar com reciclagem?

(Pode ser mais que uma resposta).

- Ausência de alternativas Proximidade da residência
- Flexibilidade do trabalho/autonomia Presença de amigos ou familiares
- Outros. Quais? _____.

42. Gostarias de continuar trabalhando como catador?

- Não Sim

43. Se, “não”, por quê?

- Relações de trabalho/direitos trabalhistas precárias (CLT)
- Rendimentos insatisfatórios
- Condições de trabalho insalubres
- Perspectivas de melhoria ou progressão no trabalho reduzidas

44. Se, “sim”, por quê?

<input type="checkbox"/> Proximidade da residência	<input type="checkbox"/> Identificação com o trabalho
<input type="checkbox"/> Identificação com os colegas de trabalho	<input type="checkbox"/> Identificação com a causa do MNCR
<input type="checkbox"/> Satisfação com os rendimentos	<input type="checkbox"/> Adequação à formação-trabalho
<input type="checkbox"/> Adequação à idade-trabalho	<input type="checkbox"/> Percepção da importância social da atividade

45. Se não precisasses do dinheiro, mesmo assim trabalharias?

Não Sim

46. Teu trabalho atrapalha a tua relação com os teus familiares?

Não Sim

47. Teu trabalho atrapalha a tua relação fora da tua família (amigos, namoro, ...)?

Não Sim

48. Com relação ao trabalho que tu desenvolves, ordena de 1 a 4 (1 mais importante e 4 menos importante) os itens abaixo.

Segurança Respeito e valorização Renda
 Cuidado com o meio ambiente

49. Como tu consideras o teu trabalho de catador?

Muito importante Importante Pouco importante
 Sem importância Não pensou a respeito

50. Como acreditas que o catador é visto pelos “outros” (comunidade, Poder Público, outras associações)?

Muito importante Importante Pouco importante
 Sem importância Não pensei a respeito

51. Tu te sentes discriminado pelo trabalho que realizas?

Não Sim

52. Em tua opinião, o que falta para que o teu serviço renda mais?

Organização Planejamento Venda coletiva Equipamentos
 Uma cooperativa/associação Apoio do Poder Público
 Outros. Quais?_____.

Para finalizar, vamos falar um pouco de sua saúde e de seu bem-estar:

53. Nos últimos seis meses, tu apresentastes algum dos problemas citados abaixo?

Coceiras e irritações na pele () Não () Sim

Feridas com pus () Não () Sim

Bolhas () Não () Sim

Calos () Não () Sim

Problemas nas unhas () Não () Sim

Piolho () Não () Sim

Sarna () Não () Sim

Bicho-de-pé () Não () Sim

Bicheira, berne () Não () Sim

Cobreiro () Não () Sim

Mordeduras () Não () Sim

Diarreia () Não () Sim

Dor de Cabeça () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Outros: _____

54. Costumas ingerir bebidas alcóolicas?

() Não () Sim

55. Caso a tua resposta seja “sim”, com que frequência tu ingeres bebidas alcoólicas?

() 2 a 3 vezes por semana () todos os dias () 1 vez por semana

56. Fumas?

() Não () Sim

57. Caso a tua resposta seja “sim”, quantas carteiras de cigarro tu consomes diariamente?

() Menos de uma () Uma carteira () Duas carteiras ou mais

58. Fazes alguma atividade física?

() Não () Sim. Qual? _____

59. Consegues te alimentar como gostarias?

() Não () Sim

60. No último mês, tu tivestes contato com algum desses materiais?

- Gases
- Pilhas e baterias
- Óleo
- Graxas
- Inseticidas
- Solventes
- Tintas
- Produto de limpeza
- Remédios
- Material perfuro-cortante e resíduos hospitalares
- Material em decomposição

61. Quando tu adoeces, costumavas procurar algum serviço de saúde?

- Não Sim

62. Se, “sim”, qual serviço?

- Unidade Básica de Saúde
- UPA
- Hospital
- Ambulatório
- Outros _____

63. Recebes orientações desses serviços?

- Não Sim

64. Caso a resposta seja “sim”, quais as informações? _____

65. Já fizeste alguma vacina?

- Não Sim

**APÊNDICE E - Roteiro das Questões Provocadoras na Condução do
Grupo Focal**

1. O que vocês entendem como saúde integral?
2. O que vocês entendem por educação para a saúde integral?
3. Para vocês, qual a relação entre a educação e a saúde integral?