

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



***“Atividades Humanas e Saúde dos Trabalhadores de uma Cooperativa de Serviços do Rio de Janeiro”***

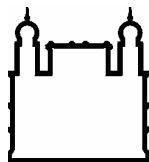
*por*

***Bruno Souza Bechara Maxta***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientador: Prof. Dr. Carlos Minayo Gómez*

*Rio de Janeiro, novembro de 2007.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



*Esta dissertação, intitulada*

***“Atividades Humanas e Saúde dos Trabalhadores de uma Cooperativa de Serviços do Rio de Janeiro”***

*apresentada por*

***Bruno Souza Bechara Maxta***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marilene Affonso Romualdo Verthein

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Élide Azevedo Hennington

Prof. Dr. Carlos Minayo Gómez – Orientador

*Dissertação defendida e aprovada em 12 de novembro de 2007.*

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

M464a Maxta, Bruno Souza Bechara  
Atividades humanas e saúde dos trabalhadores de uma cooperativa de serviços do Rio de Janeiro. / Bruno Souza Bechara Maxta. Rio de Janeiro: s.n., 2008.  
ix, 69 p., tab.

Orientador: Minayo Gómez, Carlos  
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

1. Saúde do Trabalhador. 2. Atividades Humanas.  
3. Terapia Ocupacional. 4. Comportamento Cooperativo.  
5. Serviços Contratados. I. Título.

CDD - 22.ed. – 363.11

Aos meus amigos

## Agradecimentos

A *atividade* desta dissertação representou um momento, um encontro pessoal visitado por pares que, direta ou indiretamente, deixaram suas marcas.

Ao Prof. Dr. Carlos Minayo Gómez e à Profa. Dra. Silvana Mendes Lima, que me orientaram nesta dissertação, agradeço pela receptividade, confiança, diálogo e impulso acadêmico se fazendo presentes com críticas e sugestões importantes para meu processo de formação em pesquisa e atuação profissional; pelos momentos de convivência, de trabalho *cooperativo* e de orientação.

Aos demais professores, pesquisadores e funcionários do programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, em particular, o grupo do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, agradeço as críticas, as sugestões, os conflitos, os trabalhos em conjunto, o apoio e engajamento no meu cotidiano de pesquisa e aprendizagem. Aos colegas de turma Rejane, Marcelo, Letícia, Renata, Simoni, Tatiana e Alessandra sou grato pela força, pela confiança, pelo acolhimento e pelo auxílio *contínuo* no reconhecimento de potencialidades e enfrentamento das dificuldades na metrópole. Certamente vocês tornaram esta trajetória mais significativa e prazerosa.

Agradeço à Fundação Oswaldo Cruz pelo financiamento que valorizou minha dedicação a este estudo.

Também agradeço aos membros da Comissão Acadêmica do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional pela oportunidade oferecida de participação em seus espaços propositivos e pela possibilidade de debates contínuos de formação profissional em Terapia Ocupacional, bem como pela crítica dos marcos teóricos pertencentes a este estudo. Um agradecimento especial as “intervisões” junto aos saberes de Eduardo e Leonardo, jovens acadêmicos e participantes das causas da terapia ocupacional regional.

Familiares e amigos que apostaram em minhas incursões acadêmicas e desafios longínquos: agradeço a meu pai João, a minha irmã Alexandrina, a minha tia Sônia, aos meus primos Maria, Ricardo e Sérgio pela firmeza, amparo nos momentos difíceis e reconhecimento pelos sumiços; aos amigos *irmãos* de longa data, Rogério, Renato e Rodrigo, agradeço pelas bodas de amizade, por sempre confiarem em meus ideais e estarem próximos, mesmo que distantes, nos momentos significativos em minha vida; aos amigos *irmãos* cariocas Luciana, Vinícius e Gisele agradeço pelas risadas, pelos momentos de boemia e convivência; aos amigos *irmãos* equatorianos Cristina e Bolívar sou grato pelas rodas culinárias, papos em saúde e modos de vida latina; à Família

Chaplin guiada por Beto, Fernando, Fábio, Vilmar, Daniel, Rogério, Rodolfo, André, Davi e amigos professores do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, agradeço a vitalidade, o respeito, a amizade e os momentos de descoberta coletiva antes mesmo da incursão para esta pesquisa; aos amigos *residentes* em saúde da família e comunidade da Universidade Federal de São Carlos, agradeço o respeito e o estímulo nos momentos finais deste estudo.

Agradeço a todos os trabalhadores cooperados cujas experiências e realidades me fizeram compreender algo a mais sobre saúde coletiva, terapia ocupacional e trabalho autogestionário.

À Alejandra, minha companheira, amiga e parceira, agradeço o incentivo, o carinho e a cumplicidade em nossos projetos de vida e pesquisa.

Trago, destes momentos de convivência, as palavras, as expressões e os conteúdos deste estudo. Entendo que, juntos, eles orientaram os *significados* desta atividade dissertativa.

“O tempo é o meu maior inimigo”

Charles Chaplin

## Resumo

Nesta dissertação, fizemos uma reflexão sobre as atividades humanas e sua relação com as questões de trabalho e saúde em um empreendimento autogestionário de trabalho. A partir dos referenciais teóricos e metodológicos do campo da terapia ocupacional, saúde do trabalhador e economia solidária procuramos refletir sobre o momento autogestionário e as posturas dos trabalhadores cooperados em seu cotidiano de convivência e trabalho. Foi nosso objetivo compreender o momento autogestionário e as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores cooperados frente às questões de trabalho e saúde anunciadas. A saúde do trabalhador permitiu nos aproximar dos aportes do campo das pesquisas qualitativas em saúde, entendidas como meios de se compreender as relações sociais e técnicas junto a trabalhadores de uma cooperativa de serviços na cidade do Rio de Janeiro. O trabalho de campo foi realizado nos espaços de convivência e de produção da cooperativa em estudo. Através de observação participante, entrevistas semi-estruturadas e discussões grupais destacamos os modos de interação social, das ações comunitárias existentes, dos sentidos e finalidades atribuídos às atividades realizadas, bem como da rotina organizacional e dos modos de operar no trabalho autogestionário. O estudo visou ampliar a dimensão das atividades humanas para futuras intervenções no processo de trabalho e saúde autogestionário, em particular, para a terapia ocupacional. Pudemos verificar que as atividades realizadas representam o protagonismo dos cooperados às situações e intercorrências ameaçadoras nas relações no trabalho autogestionário. Procuramos refletir as atividades como busca pela transformação real do momento autogestionário contribuindo tanto para os avanços de formulações teóricas e metodológicas para os campos de referência do estudo, quanto para cooperados em sua transformação cotidiana de trabalho e situações de saúde.

**Palavras-chave:** saúde do trabalhador, atividades humanas, terapia ocupacional, cooperativismo, autogestão.



## Abstract

In this study, we researched the human activities and their relationship with the issues of work and health in a venture of self-management work. From the theoretical and methodological reference of the field of occupational therapy, worker`s health and solidary economy, we looked to reflect on the self-manager moment and the postures of the cooperated workers in their daily lives coexistence and daily work. It has been our goal to understand the self-manager moment and activities developed by cooperated employees ahead the issues of work and health announced. The worker`s health allowed us to bring near the contributions of the field of qualitative research in health, understood as a means of understanding the social and technical relations with the workers of a cooperative services in the city of Rio de Janeiro. The work field was conducted in the spaces of coexistence and production of the cooperative in study. Through the participant observation, from the semi-structured interviews and group discussions, we highlighted the modes of social interaction, the existing communities actions, the meanings and purposes assigned to the held activities, as well as the organizational routine and the ways of operating in self-manager work. The study aimed to expand the scale of human activities for future interventions in the process of work and self-manager health, particularly, for occupational therapy. We could verify that the held activities represent the role of the cooperated to the situations and threatening complications in relations at the self management work. We try to reflect the activities like the search for the real processing to the self management time, contributing to the progress of both theoretical and methodological formulations for the study fields of reference, as well as to the cooperated in its daily processing of work and situations of health.

**Keywords:** worker`s health, human activities, occupational therapy, cooperativism, self- management work.

## Sumário

Introdução .....	1
1. A terapia ocupacional como abordagem em saúde na esfera social .....	7
1.1. Uma breve caracterização das origens e importâncias da terapia ocupacional no âmbito da saúde .....	7
1.2. O campo social da Terapia Ocupacional .....	11
2. A terapia ocupacional sob o prisma do trabalho no Brasil .....	14
2.1. Representações da terapia ocupacional no campo das relações trabalho e saúde .....	14
2.2. O campo da saúde do trabalhador e novas possibilidades para a terapia ocupacional .....	19
3. Aproximações e pressupostos dos empreendimentos econômicos autogestionários .....	23
3.1. Sobre os empreendimentos econômicos autogestionários .....	23
4. Verso e reverso de um empreendimento autogestionário .....	29
4.1. Conhecendo o espaço social dos cooperados .....	29
4.2. Surgimento da proposta da cooperativa .....	36
4.3. O espaço de trabalho da cooperativa: centro de atenção em saúde infantil de um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro .....	41
4.3.1. O setor de higienização e limpeza do centro hospitalar .....	43
4.4. Situações problemáticas nos momentos de trabalho .....	45
4.5. Percepções e ações de saúde pelos cooperados .....	50
4.6. Momento autogestionário da cooperativa .....	53
4.7. Estratégias para um novo formato do trabalho e postura autogestionária .....	56
5. Considerações finais .....	59
Referências bibliográficas .....	62
Anexos .....	66

## Lista de figuras

Figura 1	Vista panorâmica parcial do bairro do Caju, Rio de Janeiro .....	30
Figura 2	Vista panorâmica da Ladeira dos Funcionários, bairro do Caju, Rio de Janeiro .....	32
Figura 3	Vista panorâmica do Parque São Sebastião, bairro do Caju, Rio de Janeiro .....	33
Figura 4	Vista panorâmica da Vila Clemente Ferreira, bairro do Caju, Rio de Janeiro .....	34

## **Lista de siglas e abreviaturas**

ACIEPE	Programa Atividade Curricular de Integração Ensino, Pesquisa e Extensão
INCOOP/UFSCar	Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da Universidade Federal de São Carlos
ANTEAG	Associação Nacional de Trabalhadores e Empresas de Autogestão
COPPE/UFRJ	Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da Universidade Federal do Rio de Janeiro
CEP/ENSP	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
CRPs	Centros de Reabilitação Profissional
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
SENAES	Secretaria Nacional de Economia Solidária
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
PVB	Projeto Favela-Bairro
PrefM-Rio de Janeiro	Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
RFFSA	Rede Ferroviária Federal S.A.
IAASC	Instituto Alternativo de Ações Solidárias do Caju
COMLURB	Companhia Municipal de Limpeza Urbana
LAABC	Liga de Associações e Amigos do Bairro do Caju
MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

## Introdução

O propósito de investigar a relação saúde-trabalho autogestionário teve início no ano de 2003, quando de minha participação no Programa Atividade Curricular de Integração Ensino, Pesquisa e Extensão (ACIEPE), promovido pela Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da Universidade Federal de São Carlos (INCOOP/UFSCar). Este percurso possibilitou-me uma primeira aproximação com empreendimentos cooperativos, bem como subsídios para se pensar as atividades humanas<sup>1</sup> no processo de trabalho, em particular para as condições e necessidades de saúde de grupos populacionais.

Neste contexto, o cenário autogestionário foi tratado como principal arranjo social de produção e convivência dos cooperados. O trabalho representou um processo de criações e trocas dinâmicas orientadas por atividades diversas que conformam modos da vida cotidiana. Sua organização refletiu um movimento de fazeres coletivo visando, tanto a independência dos grupos populacionais marginalizados pelo mercado de trabalho, quanto a autonomia no gerenciamento de projetos sócio-econômicos. Sua vitalidade foi marcada, entre outros fatores, pelo planejamento estratégico do grupo orientado por ações em respostas as intercorrências encontradas no dia a dia dos cooperados, marcadas por questões do mercado, participação popular e saúde. O processo de trabalho autogestionário se apresentou, por conseguinte, como panorama de organização popular e resistência no cotidiano, particularmente em processos de marginalização de consumo de bens sociais.<sup>2</sup>

Sob este ponto de vista, o trabalhador cooperado se destacou como protagonista principal de seu modo de produção e cuidado em saúde. A partir de sua perspectiva, pôde-se dar início às reflexões sobre a autogestão em saúde nos espaços cooperativos, bem como a experimentação de instrumentos outros para o reconhecimento de necessidades e práticas de saúde, até mesmo para ampliar os leques de possibilidades da ação, especificamente, da terapia ocupacional.<sup>2</sup>

A terapia ocupacional apresentou-se como um referencial importante para se compreender o contexto da saúde do trabalhador cooperado na medida em que pôde somar a discussão do trabalho autogestionário sob o protagonismo e atividades daí decorrentes. Sua contribuição se orientou para a instrumentalização do cooperado no manejo e gerenciamento de suas atividades cotidianas, particularmente para a esfera do autocuidado, significação do trabalho, educação e lazer.<sup>2</sup>

Portanto, para esta dissertação, buscamos nos reaproximar das relações existentes entre o cooperativismo e a saúde dos trabalhadores, de modo a *compreender o momento autogestionário de uma experiência de trabalho e as atividades daí derivadas em prol da saúde entendida pelos cooperados*. É também intuito aprofundar a contribuição de alguns dos referenciais norteadores do campo da saúde do trabalhador para ampliar o enfoque investigativo e conceitual do denominado campo social da terapia ocupacional na esfera do trabalho, uma das referências de atuação deste profissional.

Deste modo, propomos a realização de pesquisa social em saúde envolvendo proposta de investigação qualitativa<sup>3</sup>, segundo um diálogo entre os referenciais teóricos do campo da saúde do trabalhador e do campo social em terapia ocupacional, no contexto da economia solidária no Brasil.

A aproximação ao empreendimento escolhido para a pesquisa se deu em parceria com representantes regionais da Associação Nacional de Trabalhadores e Empresas de Autogestão (ANTEAG) e da Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da Universidade Federal do Rio de Janeiro (COOPE/UFRJ), a partir de participações em seminários e discussões sobre empreendedorismo, cooperativismo e economia solidária em âmbito regional. Nesses contatos, buscamos obter informações acerca das características dos empreendimentos existentes no estado do Rio de Janeiro, seus interesses e viabilidades para a investigação.

Deste movimento, observamos que o contexto cooperativo do município se destaca por expressar iniciativas empenhadas em setores populares em que os processos de precarização do trabalho e informalidade parecem ter profundos efeitos à saúde de seus trabalhadores e familiares. Nossa aproximação em alguns empreendimentos mostrou situações fragilizadas de trabalho cooperativo, na medida em que os grupos se encontravam alijados dos meios de sustentabilidade econômica, bem como de instituições passíveis em desenvolver trabalhos de incubação, ou mesmo, de assessorias constantes aos grupos, situações estas muito aquém do que se apresenta e se discute nos espaços acadêmicos e operacionais de economia solidária no país.

Em meio a tal realidade, sentimos a necessidade de elaborar arsenais metodológicos que pudessem não somente pesquisar um determinado objeto, ou mesmo analisar algumas questões importantes para o funcionamento da cooperativa do estudo, mas de nos colocar como interlocutores ativos, sempre que possível, para questões trazidas pelos atores do empreendimento.

E, em face destas considerações, vimos como relevante nossa convivência no cotidiano de uma cooperativa de trabalho da cidade do Rio de Janeiro que há 10 anos é

prestadora de serviços nas áreas de limpeza hospitalar. Atualmente, o grupo conta com aproximadamente 60 cooperados, dos quais um terço convive em localidades do Caju - bairro portuário desta cidade, também sede da cooperativa. O grupo tem como missão ampliar possibilidade de trabalho formal aos moradores do bairro, bem como transferir ganhos à comunidade, atuando como entidade propulsora de reconhecimento cultural e em parceria com movimentos sociais locais. Seus cooperados buscam, pela união, oportunidades no mercado de trabalho, o reconhecimento social, o sustento financeiro e provimentos familiares.

Das nossas primeiras aproximações, observamos preocupações dos coordenadores do grupo com os impactos da precarização do trabalho e desemprego na comunidade. Foram relatadas situações de exploração do trabalho por empresas locais, a falta de oportunidades educacionais e laborais para os jovens, a queda na renda familiar e o descaso das políticas públicas para as necessidades locais em saúde, segurança e informalidade de trabalho. No âmbito do trabalho cooperativo, foi destacada a existência de conflitos entre o empreendimento e a instituição contratante de seus serviços. Foram-nos apresentadas dificuldades na organização do trabalho realizado, em especial, frente a participação e planejamento do projeto autogestionário da cooperativa no momento contratual e qualidade do grupo. O tema da saúde é valorizado, dada a falta de capacitação em saúde do trabalhador para o desenvolvimento das tarefas e para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde do coletivo nos espaços de convivência e prestação de serviços.

Deste movimento, elaboramos um plano de investigação em conjunto com o empreendimento, considerando interesses e necessidades do grupo. Buscaríamos compreender o trabalho desenvolvido nos lugares de ação da cooperativa para assim possibilitarmos ferramentas de reflexão coletiva sobre o trabalho para o protagonismo frente às problemáticas e questões de saúde a serem destacadas pelos cooperados. Para isso, optamos por nos colocar como observador participante, nos arredores do bairro do Caju e nas instalações hospitalares das instituições contratantes, em todas as etapas da pesquisa de campo.

Em um primeiro momento, nos aproximamos das comunidades do bairro do Caju, zona portuária do Rio de Janeiro. Nossa entrada se deu mediante acordos entre os coordenadores da cooperativa e lideranças locais. Priorizamos o contato com cooperados em espaços domiciliares, de convivência e produção comunitária. *Buscamos interagir em suas rotinas e modos de intercâmbio social destacando valores, anseios, ações comunitárias e atividades cotidianas em saúde.* Tais encontros aconteceram

durante os primeiros meses do estudo, em períodos diversificados da rotina dos cooperados e familiares participantes. Um diário de campo foi utilizado como instrumento de registro dos fatos e dados observados.

Concomitantemente, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os cooperados, com vistas a *apreender o contexto familiar, o histórico ocupacional de seus membros, e os ideários e representações dos cooperados sobre saúde*. Abordou-se sobre as trajetórias de vida ocupacional dos cooperados; os motivos que os levaram a se inserirem na cooperativa; as percepções sobre a situação autogestionária do grupo; as formas de participação no empreendimento; os discursos, as noções e estratégias em relação à saúde; o engajamento em outras iniciativas sociais, como movimentos sociais, culturais, religiosos ou políticos.

Reconhecidos os aspectos centrais do cotidiano dos cooperados envolvidos e da constituição do empreendimento, buscamos nos aproximar do contexto e dos momentos de trabalho em sua instituição contratante. A entrada neste campo se deu mediante acordo entre os coordenadores da cooperativa e gestores hospitalares. Neste momento buscamos *vivenciar os modos de operar a autogestão do trabalho e saúde em espaços que não são gerenciados plenamente pela cooperativa*. Foram abordadas as percepções dos cooperados sobre o trabalho que realizam, a rotina organizacional, as tarefas prescritas - e suas realizações, as necessidades em saúde e atividades daí decorrentes. Os encontros ocorreram durante os horários de funcionamento do hospital, em horários de almoço dos cooperados, em espaços destinados ao setor de limpeza e higienização - em salas destinadas à administração do setor, em salas de depósitos de materiais, em locais de acomodação de lixo, por vezes em locais de convívio gerais. A participação dos cooperados foi voluntária.

Nesta etapa, além da realização de nossas entrevistas semi-estruturadas, construímos grupos de discussão com cooperados, nos espaços e momentos do trabalho. Nos encontros, dentre os pontos trazidos pelos próprios trabalhadores, destacou-se a organização do grupo cooperativo no espaço de produção; o ponto de vista da gerência sobre a qualidade da organização e do trabalho cooperativo na instituição; as semelhanças e diferenças a respeito da relação trabalho e saúde pelos cooperados; as vantagens e dificuldades na realização do trabalho; a importância desse trabalho para a melhoria das condições de vida dos cooperados. Nossa opção também pela abordagem grupal se deu como *estratégia de melhor comunicação e qualificação das situações de trabalho e saúde comumente vividas pelos cooperados, bem como para provocar o grupo quanto à possibilidade de protagonismo às questões anunciadas*.



Como forma de análise dos dados, primeiramente ordenamos as informações coletadas a partir das observações e entrevistas em um banco de dados, destacando as informações anunciadas e descritas sobre o trabalho e saúde, sendo, em um segundo momento, reagrupadas em temas que pudessem nortear eixos de discussão que respondessem a nossos objetivos. A análise final do estudo foi realizada através do diálogo entre as categorias empíricas com os conceitos norteadores da pesquisa.

Em ambas as etapas da pesquisa, as entrevistas e as discussões dos grupos foram registradas em áudio digital, sendo posteriormente transcritas em documento de texto e interpretadas junto às anotações das observações de campo. Cada participante recebeu um termo explicativo dos eixos e objetivos da pesquisa, bem como o consentimento de sua participação, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP).

Neste processo, buscamos a construção do conhecimento de forma interativa e que pudesse ser significativa aos participantes. É importante ressaltar que, em nossa abordagem, vivenciamos os aspectos familiares e produtivos no cotidiano do grupo cooperativo. Procuramos entendê-lo como resultado de um protagonismo frente ao contexto social vivido, respeitando os valores, as habilidades, as formas de comunicação e os signos comunitários. Tivemos como prioridade desenvolver uma leitura sobre o momento do trabalho autogestionário a partir do convívio e da observação da dinâmica de atividades em saúde. A partir disto, buscamos destacar elementos que qualificassem o processo de trabalho autogestionário, em particular, a partir da relação entre a cooperativa e as instituições contratantes, de forma a evidenciarmos as questões e saídas elaboradas pelo grupo. Valorizamos o saber dos cooperados, sendo destacado o lugar do qual falavam como elemento fundamental na constituição dos seus pontos de vista sobre as questões de seu entorno.

Ao longo do processo de pesquisa, dificuldades existiram em nosso trabalho no campo. Foram desafiadores o processo de vínculo e comunicação pessoal nos espaços comunitários, e de envolvimento com os estabelecimentos sociais existentes. Vivenciamos momentos tantos de alegria, quanto de violência, por vezes exigindo mais de nossa interação às necessidades e emergências de saúde locais. Foi árduo o trabalho de coleta e compilação dos dados, em função, inclusive, da dificuldade de participação dos cooperados nos momentos finais de discussão e finalização do estudo. Foi desafiador, portanto, interpretar o contexto onde o grupo se originou, sua constituição e seu modelo organizacional, as várias dimensões que abarcam o desenvolvimento de sua

proposta autogestionária, bem como os *sentidos e meios atribuídos às atividades para enfrentar questões de trabalho e saúde cotidianas*.

A compilação do material nos exigiu acuidade em não julgar o funcionamento do empreendimento, nem mesmo a postura de seus interlocutores nos momentos mais difíceis do cotidiano do trabalho autogestionário. Ao término da pesquisa, estabelecemos um encontro com os trabalhadores, onde apresentamos e discutimos os resultados e os encaminhamentos do estudo.

No construto desta dissertação, abordaremos inicialmente as origens, objetos e importâncias da terapia ocupacional, evidenciando a concepção que seu campo social tem sobre a atividade humana e o trabalho. Em um segundo momento, apresentaremos os avanços da terapia ocupacional no contexto de relações de trabalho e saúde, introduzindo alguns referenciais do arcabouço teórico do campo da saúde do trabalhador com vistas a apontar certas interfaces entre ambos os grandes campos, compondo assim, o marco conceitual do desenvolvimento do nosso estudo.

## Capítulo 1

### A terapia ocupacional como abordagem em saúde na esfera social

Ao longo do processo de constituição da terapia ocupacional no Brasil, os estudos das ocupações e das atividades humanas têm sido alvos de diferentes tentativas de sistematização e crítica por acadêmicos e profissionais. Neste percurso, por *ocupação*, infere-se a intenção e o modo de agir de pessoas diante de suas necessidades a fim de desempenhar papéis e ações, particularmente nas esferas do autocuidado, produtividade e lazer, em seu processo de cura e socialização. Já *as atividades humanas* vêm servindo como objetos de estudos fundamentais no processo de requalificação do conceito da *ocupação*, representando importantes lineamentos para a reconstrução de cuidados a partir de novos ideários do processo saúde e doença. Nesta direção, as *atividades*, além de permitirem ser teorizadas sobre tudo aquilo que é da ordem das ocupações e dos afazeres cotidianos, elas traduzem historicamente os meios e os instrumentos técnicos de trabalho do terapeuta ocupacional que contribuem para estratégias frente à saúde nos modos de vida das pessoas.<sup>1</sup>

Problematizadas como objeto de estudos científicos, ou mesmo como recursos centralizadores e orientadores do processo terapêutico em saúde, reconhecemos que é a partir das dinâmicas e dos significados das atividades realizadas em certa conjuntura sócio-histórica que se fundamenta o homem em ação, logo a produção de sua saúde.

Para nosso estudo, revisitar algumas concepções e propostas da terapia ocupacional nos possibilita uma abertura para a discussão contemporânea de suas ações na esfera do trabalho na sociedade atual, visando, em particular, destacar o cotidiano, as necessidades e atividades em saúde nos grupos de trabalho autogestionários.

#### **1.1. Uma breve caracterização das origens e importâncias da terapia ocupacional no âmbito da saúde**

As bases da terapia ocupacional têm origem em um movimento médico contra-hegemônico às práticas de ordenamento institucional pelo trabalho, aplicadas aos doentes mentais no início do século XIX. Tal movimento, influenciado pelas perspectivas da Teoria Psicobiológica de Meyer, nos Estados Unidos, reordenou as concepções do pensamento racionalista moderno, originárias do tratamento moral,

valorizando o homem a partir de sua *natureza ativa inata* como forma de o mesmo construir seu próprio corpo de conhecimento e organização social.<sup>1</sup>

Nesta perspectiva, a *ocupação* é concebida como o fator de um equilíbrio dinâmico, entre a mente e o corpo, e utilizada como forma de tratamento e orientação moral dos sujeitos. Ao homem ativo, ou seja, vivendo e agindo seu tempo em harmonia com sua própria natureza, era possível uma existência saudável. Cabia à terapia ocupacional nascente buscar o equilíbrio dinâmico entre mente-corpo e estimular a ordem natural e criativa dos pacientes. Buscava-se desestimular os pensamentos mórbidos e ampliar os mecanismos ditos normais de saúde através do treinamento vocacional e de adaptação social. A manipulação da *ocupação* pela utilização das *atividades*, em particular, de trabalho, procurava a organização do comportamento e dos sistemas humanos afetados por doenças ou traumas, pressupondo um enfoque terapêutico em que prevalecesse uma abordagem sobre a normalização do estilo de vida institucional ante a doença ou a anormalidade instaurada.<sup>1</sup>

Desde então, novos desdobramentos acadêmicos no século XX buscaram defender um corpo de conhecimentos que valorizasse um *status* científico para a *ocupação* humana, acompanhando o momento histórico e social de valorização do corpo como objeto de pesquisa e ação em saúde. O ordenamento da *ocupação* passou a ser encarado como essencial para a saúde, pois a partir dela era possível interagir na organização sistêmica do organismo para o desempenho produtivo e satisfação dos pacientes em suas habilidades em contextos sociais<sup>1</sup>.

As técnicas surgidas para a terapia ocupacional passam cada vez mais a valorizar a *atividade* como objeto da *ocupação* humana e a configurá-la a partir de categorias oriundas das ciências biológicas e psicológicas. Assume-se a compreensão de saúde como ausência da doença, ou mesmo como o equilíbrio dinâmico para a funcionalidade humana produtiva. O homem passa a ser concebido e tratado em suas partes. A *atividade* torna-se responsável pelo processo terapêutico e é ela que possibilita a melhora, o estímulo e os comportamentos corretos aos objetivos traçados pelo terapeuta ocupacional<sup>1</sup>. Este novo escopo possibilitou à terapia ocupacional ampliar sua possibilidade de intervenção para os espaços domésticos, de trabalho ou mesmo de lazer, pois se viam possibilidades em utilizá-las como novas influências em saúde, como mecanismos de realizações pessoais, a partir dos estímulos de criação ou produção para as necessidades materiais dos pacientes<sup>4</sup>.

Dos modelos pioneiros orientados pelas escolas nascentes de terapia ocupacional, destacam-se o modelo cinesiológico, o modelo psicanalítico e o modelo neurológico da

*ocupação* humana. Nestes modelos, os tratamentos eram planejados tendo como referência os diagnósticos médicos aliados à prescrição de *atividades*<sup>1</sup>. A seleção e aplicação dessas atividades acabavam sendo determinadas de acordo com o grau de incapacidade física, cognitiva, comprometimento psicológico e adequação social pensada ao paciente<sup>5</sup>. A observação e avaliação da atividade era a condição para se poder antecipar de que modo as ocupações afetariam os pacientes. Suas análises permitiam ao profissional identificar e interagir com possíveis alterações afetivas, cognitivas, perceptivas, motoras e funcionais, decorrentes ou não de patologias, disfunção ou trauma<sup>4</sup>.

Nesta ótica, a *atividade*, dotada de potencialidades e fundamentos terapêuticos, acabou sendo valorizada como forma de reconhecer hábitos e orientar necessidades de pacientes. Através dela se tornava possível para a implementação de adaptações e mecanismos de habilitação em ambientes, normatizar rotinas e orientações diárias, orientar criações, trabalhos e comportamentos. A *atividade* passou a se configurar como categoria representativa institucional da *ocupação*, como objeto mensurável, controlável e manipulável de intervenção médica.

Neste processo, a terapia ocupacional se enquadra como procedimento de ação especializada destinada aos processos de cura, mudança de comportamento, ou mesmo de controle do corpo sob as égides institucionais mediante treinamento e adequação para *atividades* mantenedoras da ordem produtiva e da adaptação social vigente<sup>4</sup>. Pelo estímulo de atividades diversas era possível trabalhar com saúde uma vez que o ser humano, visto como ser eminentemente ativo, orientaria respostas diretas e específicas aos seus acometimentos patológicos. O processo terapêutico ocupacional aos poucos se torna cada vez mais normatizado, categorizável, preocupado em sobreviver como procedimento técnico e científico em saúde. As técnicas provenientes de manipulação de atividades frente aos conhecimentos clínicos oriundos das ciências médicas, somadas ao ideário de determinismo comportamental em saúde acabam por orientar o papel da terapia ocupacional no campo das ciências médicas e saúde no país<sup>1</sup>.

Neste cenário, destacam-se as contribuições da terapia ocupacional na década de 1960, momento em que se valoriza a normatização da *ocupação* através de *atividades* no processo de reabilitação. Incorporada em diversos serviços institucionais dos setores da saúde, educação e assistência social, a terapia ocupacional tornava-se um meio pelo qual se interferia na recuperação funcional e adequação social e produtiva de pacientes atingindo objetivos pessoais pela abordagem clínica.<sup>4</sup>

Neste contexto, as propostas e referenciais incorporados e empregados nos serviços, aos poucos, conseguiam responder aos problemas clínicos e anseios dos incapacitados crônicos e fragilizados, contudo, fracos frente aos problemas sociais emergentes e às novas propostas institucionais diante do crescimento da marginalidade social, da exclusão, da miséria, do desemprego, entre outros.

A herança do conhecimento biomédico da ocupação<sup>1</sup> e as propostas pouco reflexivas sobre os sentidos da realização de atividades pelos assistidos no processo normativo de cuidado em saúde<sup>4</sup> moldaram tal fase histórica da terapia ocupacional.

Nas décadas subseqüentes, os ideários de reformas dos setores assistenciais nacionais abriram brechas para a entrada do novo pensamento em saúde<sup>4</sup>. A forma de olhar, pensar e refletir sobre ela se ampliou, não sendo concentrada nas ciências biológicas, focadas no sujeito e na maneira como as doenças eram transmitidas, mas incorporadas a partir de teorias provenientes das ciências sociais, em particular da teoria marxista, demonstrando que a doença está socialmente determinada<sup>6</sup>. As mudanças introduziram uma nova idéia cujo resultado final pretendia transformar a realidade dos sujeitos, logo a melhoria das condições de vida da população.

Em meio a tais aspectos, a terapia ocupacional vem buscando reorganizar seus conceitos e instrumentais metodológicos frente às adversidades e necessidades de saúde das pessoas, haja vista que o arquétipo biomédico de leitura e intervenção ocupacional, que deu origem à profissão, mostra-se ainda pouco preparado em agir junto aos fenômenos e condicionantes sociais em saúde.

Deste movimento, são restritas as iniciativas acadêmicas e profissionais que buscam reorganizar conceitos inerentes aos ideários originários da profissão, de forma a ressignificar a *atividade humana* como condição humana, o marco conceitual da *ocupação* e a metodologia da compreensão e manejo das *atividades*, como forma de reorientar as compreensões de sujeito, sociedade, saúde e doença para o desempenho do cuidado e acompanhamento em saúde, pela terapia ocupacional.

No bojo dessas discussões, entre outras vertentes e abordagens, vem se construindo o assim denominado campo social da terapia ocupacional<sup>7</sup>. Nesta vertente, os ideários e as intervenções terapêuticas ocupacionais em saúde experimentam atravessar os muros institucionais e ganham novas expressões em outros espaços sociais.

## 1.2. O campo social da Terapia Ocupacional

Como apresentam Barros et al.<sup>7</sup>, a terapia ocupacional social no Brasil se desenvolve a partir de duas perspectivas teóricas complementares. Numa primeira perspectiva, valoriza-se a responsabilidade dos técnicos na formação de valores sociais, bem como é evidente a crítica sobre os valores médicos e as formas reducionistas em se compreender os fenômenos de saúde e doença. Compreende-se o adoecimento como um fenômeno que implica o sujeito e o contexto, sendo um evento de expressões tanto sociais quanto individuais. Busca-se compreender o sujeito, suas concepções e experiências em seu meio, e esta dinâmica, como resultado do estado de saúde-doença e como cenário da ação do terapeuta ocupacional. Com relação à segunda perspectiva teórica, tem-se a referência de uma nova configuração da questão social, definidora de outros tipos de condições e modos de vida, necessidades e desempenhos humanos, logo, de novas situações para a ação do profissional. Sob os aportes de referenciais oriundos das ciências sociais, é destaque o reconhecimento de novos sujeitos considerados marginalizados da produção e consumo de bens sociais e que sofrem pela desqualificação produtiva, invalidação social e dissolução de vínculos sociais provenientes da degradação das relações de trabalho, da marginalização e precarização dos sistemas de proteção social.

Destas compreensões, inaugura-se o movimento de reaproximação da terapia ocupacional com o movimento social crítico contemporâneo, no sentido de recriar formas de enfrentamento a partir do fortalecimento da *autonomia, independência e emancipação* destas pessoas em seus contextos familiares, de convivência e produção, amenizando, assim, o processo de *desfiliação* e *vulnerabilidade* destes sujeitos.<sup>7,8,9,10</sup>

O processo de *desfiliação*, de acordo com Castel<sup>11</sup>, encontra-se relacionado aos níveis de integração/não-integração no trabalho, bem como ao retrato da rede de sociabilidade familiar dos sujeitos. Assim, o processo de *desfiliação* ocorre quando se apresenta uma fragilização das redes sociais, levando ao isolamento do sujeito, ou à perda econômica que leva à privação. Quando um destes eixos começa a se fragilizar, fala-se de *vulnerabilidade* e, quando ambos se rompem, fala-se de *desfiliação*<sup>7</sup>.

Nesta perspectiva, o campo social da terapia ocupacional procura ultrapassar os modelos institucionais de atenção normativa e curativista em saúde, hegemonicamente constituídos pela profissão, inaugurando práticas ampliadas de assistência nos espaços geográficos e sócio-culturais, em resposta às necessidades de grupos humanos.<sup>7,10</sup>

Nesta proposta, busca-se entender os códigos de comunicação e os símbolos referentes à saúde de cada grupo, ou comunidade. Questiona-se como os sujeitos vivem, onde moram, como constroem relações familiares, de trabalho, desejos e principalmente, suas estratégias pessoais e grupais de produção de suas condições de vida<sup>9</sup>. A intervenção em terapia ocupacional parte das necessidades, divergências, interesses e percepções dos atores por meio de metodologias consideradas de ação social<sup>6</sup>. Elas acontecem em espaços públicos, espaços comunitários e instituições, valorizando a observação e a interação profissional em atividades que promovam o protagonismo individual e de grupos como atores e autores de sua própria história<sup>9</sup>. Compreende-se o *cotidiano* a partir de um determinado território, cujo espaço é delimitado geograficamente, construído historicamente, permeado por relações socioeconômicas e culturais que constantemente se transformam<sup>9</sup>. Tal noção de *território* comporta o desafio de ultrapassar os espaços especializados de atenção técnica, tornando promissor o reconhecimento do outro e a busca de estratégias conjuntas para apreender necessidades<sup>10</sup> e manejar ações significativas. O sujeito não é cindido do seu contexto e de sua importância para a transformação do momento vivido, através de cuidados à saúde. Trabalha-se com as finalidades e com as diferentes formas de ação. Valoriza-se o acompanhamento de atividades, ou um conjunto de atos que prefiguram idealmente o resultado que se pretende obter, em regra, pertinentes aos anseios pessoais e implicações na realidade de convivência familiar e institucional<sup>8</sup>. Observa-se que, entre os grupos priorizados, encontram-se os originários de processos de segregação, desvalorização e invalidação social, como pessoas portadoras de deficiência, crianças e adolescentes em situação de rua e de risco, populações moradoras de rua e desempregados<sup>7</sup>.

O terapeuta ocupacional social, portanto, interpreta a demanda como expressão de necessidades individuais e coletivas influenciadas por situações e fenômenos sociais diversos<sup>8</sup>. Valorizam-se o contexto do território de convivência; as noções de cidadania, de direitos e de saúde, bem como a identidade e as habilidades dos sujeitos como plano para a formulação de projetos individualizados e coletivos de intervenção<sup>9</sup>.

Nesta abordagem, espera-se do terapeuta ocupacional uma contribuição sobre a leitura e organização do cotidiano de pessoas através dos modos e dos sentidos das atividades realizadas, de forma a promover mudanças para sua autonomia e independência no cuidado em saúde. Sob esta concepção se propõe ampliar o ideário de saúde e o objeto de ação do terapeuta ocupacional historicamente preconizado: o de uma atividade aplicada à recuperação patológica e à normalização ativa, para o



acompanhamento das ações do *sujeito de direitos* em meio a seu contexto e a suas problemáticas sociais e de saúde<sup>8</sup>.

Deste modo, as *atividades* compõem a dinâmica humana do território vivido pelo indivíduo, logo se destacando como objetos importantes para a compreensão, análise e intervenção em saúde, pois qualificam suas necessidades e possibilidades por novas ações nos modos de vida cotidianos<sup>6,8</sup>. As atividades logo contribuem para a produção de saúde, na medida em que permitem a ação, a reflexão e a construção dos anseios de vida. Significam os meios para a autonomia da vida diária, para a participação nas esferas do trabalho e emancipação econômica. Elas compõem o processo da terapia ocupacional, sendo orientadas pelos planos e realizações pessoais<sup>8</sup>.

Sob este prisma, valendo-se da leitura sobre o cotidiano de atividades e das necessidades sociais em saúde dos envolvidos, a terapia ocupacional social caminha assim à sua ação<sup>9</sup>. Como modelo de atuação em construção, hoje, o campo busca melhor formular instrumentais para a *autonomia* e *emancipação* social das pessoas pelo acompanhamento das *atividades humanas*, incluindo o *trabalho*, nos *espaços territoriais de convivência*<sup>10</sup>.

A terapia ocupacional social, portanto, provoca-nos na medida em que 1) nos faz questionar sobre os espaços de ação profissional do *setting* terapêutico para os espaços de vida cotidiana; 2) compreende a saúde como resultado das condições de vida e valoriza os saberes e atitudes plurais na identificação e resolução de suas demandas; 3) nos faz incorporar alguns referenciais das ciências sociais em suas propostas de trabalho; 4) identifica os profissionais de saúde como atores sociais e a valorização dos sujeitos como agentes nos processos de trabalho em saúde; e 5) busca reconfigurar os objetivos e objetos do corpo teórico-prático da terapia ocupacional.

Contudo, observamos que, no âmbito da relação saúde e trabalho para a terapia ocupacional, os ideários trazidos pelo campo social ainda são embrionários. Como veremos a seguir, são inaugurais os estudos que buscam discutir a esfera social do trabalho e que se preocupam em interagir com trabalhadores em seus contextos de produção e convivência para intervenções além do corpo adoecido.

## **Capítulo 2**

### **A terapia ocupacional sob o prisma do trabalho no Brasil**

As relações entre trabalho e saúde têm sido foco de discussões atuais, particularmente em um momento de mudanças dos modos de produção e das propostas e organização de serviços de saúde para a população trabalhadora.

A terapia ocupacional tradicionalmente se insere nestas relações. Das observações e análises dos componentes funcionais para habilitar o trabalhador ao pleno exercício das atividades produtivas, atualmente, preza-se por uma investigação mais ampliada e crítica do trabalho e do uso dos recursos tradicionais do profissional para a resolução das necessidades dos trabalhadores. Destacam-se, como contribuições da terapia ocupacional no campo da saúde do trabalhador, leituras e intervenções que compreendem os aspectos relacionados à saúde física e mental no trabalho e que buscam interagir com os processos de exclusão e marginalização decorrentes da sua precarização.

Assim, destacaremos algumas reflexões sobre as relações entre a terapia ocupacional e o trabalho, abordando referenciais que se aproximam dos ideários e conceitos levantados pelo campo social da terapia ocupacional. Em seguida, de forma a somar novos conceitos, entender e se aproximar de novas conjunturas produtivas, debruçar-nos-emos sobre os referenciais conceituais e investigativos do campo da saúde do trabalhador.

#### **2.1. Representações da terapia ocupacional no campo das relações trabalho e saúde**

Historicamente, a incorporação da terapia ocupacional no Brasil, pelo movimento reabilitacionista da saúde<sup>6</sup>, significou, além de formalizar a profissão no país, dar respostas a emergentes questões de saúde frente à aceleração do processo de urbanização e à ampliação dos problemas da massa trabalhadora<sup>4</sup>.

Tais premissas serviram como justificativas para o envolvimento do profissional no setor, ocupando um importante papel nos Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) - na época vinculados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) - destinados à assistência em saúde e à reinserção profissional de trabalhadores vítimas, principalmente, de doenças profissionais ou acidentes de trabalho. Como proposta, os

CRPs tinham por finalidade subsidiar meios de reeducação e readaptação profissional dos trabalhadores assegurados, quando incapacitados por doença ou acidentes de trabalho, de maneira que os mesmos pudessem reintegrar a força de trabalho garantindo assim seus direitos sociais.<sup>12</sup>

Nestes espaços, o que caracterizava a terapia ocupacional era o direcionamento de atividades expressivas e adaptações funcionais, regidas por prognósticos médicos, para o desenvolvimento de habilidades, estabilidade psicológica para o trabalho, bem como para posteriores cuidados em saúde.<sup>4</sup>

As práticas da terapia ocupacional sustentavam-se nos ideários de tratamento a partir da conjectura da *multicausalidade do processo saúde e doença no trabalho*<sup>13</sup>, onde os fatores de risco do adoecer e morrer são considerados como potencial de agressão ao trabalhador. À terapia ocupacional cabia, portanto, lidar com os conflitos emocionais e habilidades individuais frente ao imaginário do trabalho e com os conhecimentos das doenças em prol da manutenção ou redirecionamento do trabalhador em postos produtivos. Seu objetivo último era tornar o incapacitado o mais independente possível, usando suas habilidades remanescentes para cuidar de si mesmo e exercer *atividades* outras que o tornassem economicamente ativo e valorizado socialmente<sup>12</sup>.

Neste movimento, a valorização do reabilitacionismo na saúde e a normativa compreensão da *atividade* voltada às incapacidades físicas e mentais dos trabalhadores induziam a terapia ocupacional, cada vez mais, à fragmentação de sua concepção de trabalhador, saúde e doença. Terapeutas ocupacionais começam a se constituir, deste modo, como meros técnicos, submetendo-se aos diagnósticos, prescrições e propedêuticas da supremacia médica do trabalho, sendo considerados como simples habilitados em como desenvolver tarefas para o trabalho, pouco interagindo com os valores e reais anseios dos trabalhadores<sup>14</sup>. Os profissionais, de certa forma, assumem a *atividade* como tecnologia médica e a saúde do trabalhador como resultado do complexo funcional frente a um quadro clínico ou a comportamentos corretos do corpo para o trabalho, obedecendo a objetivos, geralmente traçados pelo profissional e influenciados pelas instituições ou empresas a que o mesmo pudesse pertencer.

Críticas atuais, contudo, vem condenando o caráter assistencialista, normativo e abstrato da abordagem profissional no trabalho por atividades terapêuticas. Isto porque alguns profissionais começaram a compreender que a problemática encontrada diante de si não poderia ser resolvida apenas com sua proposta, ou com recursos terapêuticos isolados, ou mesmo com os programas individuais em curso. Iniciam-se discussões 1)

sobre a ocultação profissional da realidade social e produtiva; 2) sobre o desrespeito do conhecimento do trabalhador frente aos problemas de saúde no trabalho; e 3) sobre a efetividade das técnicas laborterápicas ou de aplicação de *atividades* nos *settings* terapêuticos institucionais distantes da realidade do trabalho<sup>12</sup>. Questiona-se o ofício da preparação de corpos flagelados a favor de padrões sociais, de mão-de-obra, ou mesmo da preparação especializada da força de trabalho<sup>14</sup>.

Novas perspectivas de atenção, considerando a organização do trabalho, são logo apresentadas. Iniciam-se discussões sobre os riscos ocupacionais<sup>15,16</sup>; sobre os mecanismos controladores do trabalho<sup>17,18</sup>; sobre o trabalho como produtor de adoecimento<sup>18,19</sup> e sobre o papel da terapia ocupacional na emancipação dos trabalhadores de seus modos de produção<sup>12,14,15,16,20</sup>. Novas críticas são formuladas frente aos mecanismos adoecedores da organização do trabalho.

A entrada do terapeuta ocupacional em alguns centros produtivos e/ou em empresas lhes possibilitou novas vivências e trouxe uma compreensão mais ampliada do trabalho, do trabalhador e das suas necessidades. Surge a possibilidade de o profissional sair do domínio da reabilitação e reorganizar seu cuidado a partir de abordagens preventivistas para o cuidado e mudanças no trabalho.<sup>21</sup>

Deste movimento, o processo da terapia ocupacional não só tende a incorporar o trabalho como cenário das necessidades de saúde, mas também suas ações, nos momentos do trabalho, como forma de alcançar mudanças e objetivos almejados pelos trabalhadores<sup>15,17,20</sup>. A condição do trabalhador adquire centralidade no processo de atenção terapêutica ocupacional. É iniciado o exercício do acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores como estratégias de produção de saúde locais. O fortalecimento do protagonismo dos trabalhadores a partir do planejamento de atividades voltadas à reorganização do processo produtivo e as problemáticas vivenciadas são percebidos como uma grande possibilidade de intervenção<sup>20,21</sup>. Nestes casos, a técnica de acompanhamento e utilização de atividades tende a tornar-se dependente da compreensão das necessidades no trabalho em que se encontra inserido o trabalhador, e não o inverso<sup>8,9</sup>.

Nesta ótica, a atividade aplicada com finalidades terapêuticas tende a deslocar-se do componente principal do processo de terapia ocupacional, dando ênfase ao acompanhamento de projetos e às possibilidades do trabalhador em sua condição de trabalho. O contexto do trabalho se enquadra como organizador do processo terapêutico ocupacional, e produtor de sentidos para a condição humana, levando à conjuntura de atividades a serem exploradas e engendradas pelos trabalhadores às suas necessidades.

Como um processo em construção, os atuais desenhos profissionais apresentam também um conjunto diferenciado de novas dimensões teóricas e práticas no trabalho. Ao envolverem em seu discurso a intervenção *na e pela* atividade de trabalho, e *com* os trabalhadores, a terapia ocupacional traz à tona a necessidade de acompanhar e transformar o trabalho a partir das atividades dos trabalhadores. Tal proposta se qualifica pelos novos modelos e abordagens recentemente apreendidas pelos profissionais.

São valiosas, neste sentido, as contribuições das abordagens do campo da psicodinâmica do trabalho com a apropriação de conceitos ligados à organização do trabalho para diferenciar o trabalho prescrito (normativo) do trabalho real (formas como os trabalhadores o desenvolvem). A partir de suas bases, destacam-se as intervenções frente ao sofrimento psíquico gerado pelo trabalho, as formas de escuta e superação coletiva através do acompanhamento e a capacitação dos trabalhadores para lidar com as situações conflituosas junto a seus pares e ou gerências.<sup>12,15,16,17,20</sup>

De forma complementar, estudos demonstram que a escola francesa de ergonomia se apresenta como uma disciplina que vem auxiliando na análise das atividades de trabalho, privilegiando aspectos que relacionam a função exercida e a carga de trabalho com os problemas de saúde apresentados. A ergonomia se coloca como mais um dispositivo técnico que possibilita ao profissional ampliar sua compreensão sobre a complexidade e dinâmica do trabalho em questão<sup>12,15,16,17,20,22</sup>, particularmente qualificando as tarefas que o compõem. É destaque a consideração do trabalho como um objeto complexo de investigação quando tratado nos processos de adoecimento dos trabalhadores<sup>22</sup>.

Acompanhando estes grandes campos, encontram-se abordagens que assumem a perspectiva de formação e capacitação junto ao tema da educação em saúde do trabalhador - fruto da combinação de referenciais da saúde coletiva e do corpo de conhecimentos sobre práticas individuais e grupais pela terapia ocupacional. Nestes referenciais encontra-se uma preocupação com a construção de conhecimentos sobre o trabalho e com cuidados que os trabalhadores devem ter com a sua segurança e cuidado, considerando a sua apreensão com a saúde e o trabalho desenvolvido.<sup>14,23</sup>

Vale ressaltar, ainda, o direcionamento da terapia ocupacional em compreender e agir nas necessidades próprias de grupos envolvidos em projetos de geração de trabalho e renda autogestionários no âmbito da saúde mental e do serviço social<sup>24</sup>. Busca-se aprimorar habilidades de trabalhadores com algum tipo de fragilidade ou deficiência para suas atividades cotidianas, também pertencentes a estes empreendimentos sob a

perspectiva de inclusão social pelo trabalho<sup>25</sup> e diminuição dos limiares de *vulnerabilidade* e *desfiliação* social dos grupos<sup>26</sup>. Neste âmbito, Ghirardi<sup>27</sup> nos afirma que a terapia ocupacional é uma das áreas que inaugura reflexões sobre saúde nestes empreendimentos. A importância da terapia ocupacional nestes espaços está em aprimorar e ressignificar as *atividades* realizadas pelos grupos, tanto específicas do trabalho cooperativo quanto de convivência, viabilizando projetos coletivos fortalecedores dos objetivos de seus interlocutores. É entendido que o trabalho autogestionário, apesar de suas dificuldades e desafios atuais, funciona como um agente facilitador da inclusão social para as populações em situação de *vulnerabilidade* social, uma vez que permite superar o isolamento do sujeito em sua rede social pelo trabalho, bem como diminuir a precarização das relações e oportunidades no âmbito de produção e consumo de bens sociais.

Em conjunto, observamos que tais abordagens ampliam os ideários de saúde e trabalho para o profissional, na medida em que sua habilidade técnica busca interagir com as práticas, situações e noções de saúde trazidas pelos trabalhadores. A partir destas novas abordagens, observamos que, como perspectiva, a terapia ocupacional visa não somente intervir no atendimento ou reabilitação de trabalhadores acometidos, mas também atuar nos aspectos de prevenção, vigilância e promoção de saúde em situações de trabalho diversas, tendo como foco seu envolvimento nos modos de vida e sentidos de ação dos trabalhadores. Contudo, frente as adversidades do trabalho atual e problemáticas de saúde dele decorrentes, a os instrumentais de investigação, análise e intervenção da terapia ocupacional carecem de novos marcos referenciais e aplicabilidades.

Entendemos que os instrumentais de análise e intervenção pelas atividades, tradicionais e hegemonicamente utilizados pela terapia ocupacional, quando conjugados às reflexões inerentes ao campo da saúde do trabalhador, podem promover algumas saídas para à questão, particularmente quando direcionados para o planejamento e protagonismo no cuidado em saúde sob novos conceitos e modalidades de trabalho que se apresentam.

Para proporcionar este movimento discursivo de ampliação dos marcos de investigação e intervenção da terapia ocupacional junto aos trabalhadores, debruçar-nos-emos inicialmente sobre os referenciais conceituais e investigativos do campo da saúde do trabalhador no sentido de melhor nos aproximarmos da configuração dos empreendimentos autogestionários solidários, de forma a nos aproximar do nosso contexto de investigação.

## 2.2. O campo da saúde do trabalhador e novas possibilidades para a terapia ocupacional

O campo da Saúde do Trabalhador no Brasil tem uma conotação própria. Surgiu no contexto da reforma sanitária brasileira, sob a influência da experiência italiana e do movimento da medicina social latinoamericana. Constitui-se como reflexo das conquistas provenientes dos movimentos sociais e acadêmicos em defesa dos direitos elementares de cidadania, da livre organização dos trabalhadores e de melhores condições de saúde no trabalho. Suas inovadoras concepções trouxeram à cena política da saúde a necessidade de se intervir nas condições de trabalho geradoras de doença pela reorientação de abordagens que pressupõem desde o agir político, o jurídico e o técnico, assim como qualificar e lidar com o processo saúde-doença no trabalho, valorizando o protagonismo dos trabalhadores.<sup>28</sup>

Suas correntes teóricas questionam as abordagens historicamente construídas em torno de modelos orientados para práticas assistenciais de cunho biologicista, dirigidas essencialmente à seleção e manutenção da força de trabalho, sendo o trabalhador objeto passivo destas ações. Nessa mesma linha, questionam-se também as abordagens multidisciplinares orientadas pelos pressupostos da saúde ocupacional, as quais centram ações exclusivas no ambiente de trabalho e no comportamento dos trabalhadores atrelados aos parâmetros fechados de riscos ocupacionais, considerados cientificamente seguros, de forma a anular ainda mais o conhecimento do trabalhador para com as intervenções em saúde.<sup>13</sup>

Como campo de conhecimento, a saúde do trabalhador se caracteriza por uma construção onde adquirem relevância as questões de trabalho e saúde e os problemas ambientais dos grupos humanos.

Nesta direção, o conceito de *processo de trabalho*, que contempla a interseção entre as relações sociais e técnicas em determinada conjuntura do trabalho, constituiu o referencial central em suas análises e intervenções. Sua análise implica na articulação interdisciplinar, a princípio, em dois planos que se permeiam: 1) o correspondente ao contorno social, econômico, político e cultural definidor das relações particulares estabelecidas nos espaços de trabalho e 2) o referente a determinadas características do ambiente e da organização do trabalho (exigências ou requerimentos) geradoras de riscos ou cargas. Observamos que a apropriação do conceito *processo de trabalho* pelos profissionais possibilita reformular as concepções ainda hegemônicas e simplificadas

sobre a saúde dos trabalhadores, em especial para com as articulações causa-efeito, que desconsideram a complexidade social e histórica do trabalho para a produção de saúde e doença.<sup>28</sup>

Do ponto de vista das propostas de intervenções neste campo, tem-se como ponto de partida a necessidade de avaliar o conjunto de problemas próprios às unidades/locais de trabalho, assim como criar uma interlocução com os trabalhadores no sentido de encontrar as respostas possíveis às suas questões, considerando os entraves econômicos, as alternativas tecnológico-organizacionais, os diversos planos conjunturais que condicionam e/ou possibilitam as mudanças necessárias.<sup>28</sup>

Neste sentido, pensar em saúde do trabalhador é, também, considerar as condições de vida e trabalho marcadas pelos novos padrões de terceirização e subcontratação, que redundam na precarização do trabalho e na progressiva exclusão, do mercado formal, de trabalhadores cujo perfil não se ajusta às recentes imposições. Interpretar, portanto, as repercussões destas novas lógicas e modelos produtivos, as novas exigências do trabalho, os perfis emergentes dos trabalhadores, as questões de saúde e as estratégias utilizadas pelos trabalhadores para superá-las, torna-se tarefa importante a ser realizada e discutida pelo campo.<sup>28</sup>

Para os profissionais da terapia ocupacional, torna-se particularmente necessário aprofundar as premissas do campo da saúde do trabalhador, já que se encontram cada vez mais engajados neste âmbito. Tais profissionais procuram se apropriar do conhecimento sobre as intercorrências do trabalho para a saúde dos assistidos, seja em centros de pesquisa, clínicas de saúde ocupacional, consultoria, ou mesmo nos atuais Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST)<sup>29</sup>. Pretendemos, com esta aproximação, apontar um novo movimento frente à percepção do profissional a respeito das transformações do trabalho, provocando-o a pensar em contribuições específicas e interdisciplinares para as ações de vigilância, promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Como afirma Brito<sup>30</sup>, as atividades, nos momentos do trabalho, nunca são neutras em relação à saúde dos trabalhadores. Compreende-se saúde como um estado singular, expresso pela possibilidade de o homem enfrentar situações novas para superar as infidelidades do seu meio de convivência<sup>31</sup>. Entende-se o trabalhador como protagonista principal de seus modos de vida pelo trabalho e das estratégias para produção de sua saúde.

Entendemos, portanto, que as *atividades humanas* se inserem neste contexto como categorias de investigação das atitudes humanas frente as necessidades de saúde e



intervenção de aspectos no *processo de trabalho*. É por meio de *atividades* que os sujeitos expressam seus valores e estratégias de organização e objetivos de vida, bem como é por meio delas que os trabalhadores expressam finalidades e interagem com os processos técnico-produtivos, organizacionais e conflitivos no trabalho.

Porém, não se trata apenas de incorporar ferramentas de outros campos, a partir de leituras específicas e fragmentadas sobre as atividades humanas, que reduziriam o universo investigado no que diz respeito às relações entre saúde e trabalho. Tratar-se-ia de contemplar as atividades como eixo de investigação e intervenção do terapeuta ocupacional, em uma proposta interdisciplinar, orientada para a compreensão e transformação de aspectos do processo de trabalho junto dos trabalhadores, convivendo em meio a suas necessidades, problemáticas e contextos de convivência.

Tal movimento possibilita à terapia ocupacional ampliar suas considerações sobre os momentos do trabalho e melhor conduzir o trabalhador a lidar melhor com suas estratégias, organizando e fomentando, de forma interdisciplinar, projetos pessoais mediante suas ações e habilidades.

A partir dos referenciais trazidos pelo campo social da terapia ocupacional, bem como das experiências históricas profissionais no âmbito de relação saúde e trabalho, observamos que se torna importante o movimento 1) dos saberes plurais diante dos problemas e de questões sociais de saúde dos trabalhadores; 2) de busca por ações em coletivos de trabalhadores, reconstruindo novos *settings* a partir dos espaços de produção e convivência cotidiana; e 3) de descentralização do conceito de *atividade* como processo individual ou grupal margeado do contexto do trabalhador, para inseri-la no que se pode entender de *processo de trabalho e saúde*.

Neste contexto, inferimos novas possibilidades no reconhecimento dos sentidos e das finalidades das ações do trabalhador no trabalho, bem como do manejo de recursos tecnológicos voltados ao protagonismo e desempenhos dos mesmos em seu cotidiano de produção e vivência. Torna-se necessário, portanto, ampliar o conhecimento e junto com os trabalhadores para o enfrentamento das situações de saúde no cotidiano de produção e convivência.

Dessa forma, propomos, pela articulação desses referenciais, aproximar-nos de um contexto de trabalho cooperativo, tendo como foco sua dinâmica autogestionária mediada por *atividades* diversas, dado que as experiências no âmbito da denominada economia solidária representam um terreno fértil para dimensionar as possibilidades entre a ação do trabalhador e a produção de sua saúde.

Apresentamos, a seguir, uma breve caracterização da natureza desses empreendimentos.

## Capítulo 3

### Aproximações e pressupostos dos empreendimentos econômicos autogestionários

No Brasil, na década de 80, ideários de uma economia solidária ressurgem como reação de movimentos sociais frente à crise de desemprego em massa no país. Nos dias atuais, encarada como alternativa decorrente das transformações e precarizações do contexto de trabalho local, a conjuntura da economia solidária vem sendo tema de debates, pesquisas acadêmicas, políticas públicas e, principalmente, experienciada por um número cada vez maior de trabalhadores, em geral, desempregados, e populações marginalizadas dos meios de produção e consumo.

Apesar de o movimento da economia solidária ainda não ser tão visível, é relevante o esforço de seus seguidores frente à valorização do trabalho e de propostas de gestão, produção e distribuição de bens preocupada com a participação e as necessidades do grupo. O modo como os empreendimentos solidários se configuram nos provocam a reflexão sobre as possibilidades da autogestão para a livre atuação dos trabalhadores, particularmente sobre o tema de saúde em seus coletivos.

Neste contexto, o trabalho se destaca como elemento central dos modos de vida dos trabalhadores. Como ideário, o trabalhador é a pessoa ativa e, suas necessidades, a finalidade da atividade econômica.

Amparados sobre alguns referenciais do movimento e do campo da economia solidária no país, buscaremos caracterizar o cenário destes empreendimentos, de forma a nos aproximarmos do campo de estudo e visualizarmos categorias outras para compreender o momento autogestionário, cenário das *atividades* de trabalho e saúde do grupo estudado.

#### 3.1. Sobre os empreendimentos econômicos autogestionários

As experiências no âmbito da denominada economia solidária representam um terreno fértil para dimensionar as possibilidades entre a ação do trabalhador e a produção de saúde. Temos como pressuposto que os sentidos e finalidades presentes nas *atividades* de um *processo de trabalho* autogestionário contribuem para a identificação e transformação das questões de trabalho e a saúde do trabalhador em seu coletivo. Para tanto, é preciso explorar, nos projetos autogestionários, as ações existentes - ou a serem engendradas - que ressignifiquem e redirecionem o modo de agir no trabalho e sirvam

como meio de proteção e promoção de saúde dos trabalhadores. Neste processo, através das *atividades* humanas, é possível elucidar formas participativas de gestão e organização no empreendimento, bem como as estratégias inerentes à proteção, cuidado e produção de saúde do trabalhador cooperado.

De acordo com Albuquerque<sup>33</sup>, por *autogestão* podemos compreender um processo multidimensional de construção de estratégias coletivas, ou seja, ações coordenadas sociais, econômicas, políticas e técnicas, não se limitando a uma simplificada modalidade de organização das atividades de trabalho. O *caráter social da autogestão* se destaca pela possibilidade de participação e construção de idéias e trocas coletivas a partir das atividades realizadas em conjunto, da repartição do ganho e do poder e da união de esforços para a manutenção de propostas coletivas representando um tipo diferenciado de produção, distribuição, influência e impacto social. A *dimensão econômica* autogestionária é marcada pelo fato de abarcar processos que privilegiam o trabalho como valor humano, em detrimento de seu processo de acumulação de capital. Já sua *dimensão política* se fundamenta a partir de sistemas de representação interna cujos valores, princípios e práticas delimitadas pelos grupos criam condições para que a tomada de decisão seja o resultado de novas formas de organização e divisão do trabalho: sua *dimensão técnica*.

A *autogestão* se configura, portanto, como importante elemento para se compreender e identificar as bases da economia solidária. Suas bases e concepções surgem como um movimento de aproximação e incorporação dos ideários da economia social européia, cujo paradigma organizacional tem como arquétipo os ideários de ajuda mútua e cooperação da experiência da Sociedade dos Pioneiros de Rochdale, no século XIX. Essa sociedade, criada em 1844, representa um marco da organização jurídica do cooperativismo ocidental. Foi uma iniciativa de 28 tecelões vitimados pela situação de greve e de demissão em massa, na Inglaterra industrial. Baseados nas idéias precedentes sobre associativismo, em especial sobre comunidades alternativas de Charles Fourier, Pierre Proudhon e Robert Owen, trabalhadores organizaram uma sociedade em comum, cujo objetivo era fornecer bens de consumo aos associados e outros serviços de ordem econômica e social. Tratava-se, portanto, de atividades sociais com finalidades econômicas reguladas por princípios que pressupunham a transformação da lógica capitalista, a partir da valorização do trabalho e da responsabilidade coletiva da produção. Tinham por base 1) que o grupo seria ordenado democraticamente; 2) que o grupo seria aberto a quem dele quisesse participar, desde que integrasse uma quota de capital mínima e igual para todos; 3) que as sobras financeiras do grupo seriam

distribuídas entre os membros; 4) que o grupo deveria promover a educação dos membros dentro de seus princípios; e 5) que o grupo seria neutro política e religiosamente, e comprometido com a comunidade.<sup>34</sup>

Nos dias atuais, tendo em vista a *crise da sociedade do trabalho* e a fragilidade das redes de proteção e assistência social aos trabalhadores<sup>35</sup>, o movimento nacional da economia solidária vem representando uma possibilidade de se discutir e fomentar outras atividades e modalidades de trabalho, como alternativas à lógica econômica predominantemente mercantil.

Destacam-se, neste contexto, experiências em torno: 1) do comércio justo, voltado para o estabelecimento de relações comerciais em rede e pela parceria de consumidores preocupados com as necessidades de subsistência e os impactos ambientais da produção; 2) do que se pode chamar de finanças solidárias, representadas pelo microcrédito, poupança solidária, etc., por permitir a inclusão de pessoas no sistema bancário sob o desafio da democratização do acesso ao crédito; e 3) dos empreendimentos autogestionários como promotores de uma articulação junto à esfera pública, a fim de produzir uma reorientação econômica do Estado num projeto político de integração social e cultural.<sup>36</sup>

Atualmente, as discussões sobre o formato e proposição destas organizações autogestionárias caminham com passos conflituosos e estão em pleno processo de estruturação. Foi criada a Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), ligada ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), assim como organizados fóruns nacionais e estaduais. Existem redes em todo o país de iniciativas filantrópicas e tecnológicas que integram diversas entidades de fomento à economia solidária (como a rede brasileira de socioeconomia, de economia de comunhão, pluralista, social). Juntos, estes grupos propõem políticas de formalização dos empreendimentos, buscando fortalecer idéias oriundas dos movimentos sociais nos espaços representativos, tanto governamentais, quanto comunitários, para difundir e fomentar novas alternativas coletivas de produção, tendo como eixo de reflexão a troca e a participação nos espaços de regulação pública<sup>37</sup>.

Destas iniciativas, destacam-se movimentos em prol: 1) da constituição de um sistema nacional de finanças destinadas ao fomento de crédito para empreendimentos de economia solidária, relacionando-o com uma política voltada ao desenvolvimento territorial local; 2) da elaboração de uma nova legislação para o cooperativismo e empresas autogestionárias, em particular para cooperativas de trabalho (discussão do Projeto de Lei no. 171/06), respeitando os diferentes processos de cooperativismo; 3) da adoção de estratégias de formação e capacitação em cooperativismo, articulando

atividades originais de Economia Solidária, com estrutura metodológica que leve em consideração as diversidades culturais e o acompanhamento das novas tecnologias; 4) do desenvolvimento, fortalecimento e articulação de redes de produção e consumo em nível local, regional, nacional e internacional, com base nos princípios da economia solidária, propiciando a sustentabilidade dos empreendimentos; 5) da orientação para ações de pesquisa e programas de extensão das universidades voltados para a produção de tecnologias adequadas, bem como para a difusão e qualificação das suas diversas práticas e saberes; 6) da organização de fóruns federativos como formas de mobilização social para criar e fortalecer as condições socioeconômicas e jurídicas.<sup>38</sup>

A economia solidária apresenta, portanto, possibilidades de cooperação econômica e formas de valorização locais integradas numa *economia plural*, não necessariamente contra o mercado, mas com um mercado submetido a outros princípios e práticas econômicas que comportam relações econômicas entre setores públicos: não-estatais; não-mercantis, que implicam relações econômicas junto ao setor público estatal; e não-monetária, a partir de relações econômicas envolvendo categorias estatais e não estatais, sem intermediação do capital.<sup>39</sup>

O contorno da economia solidária aponta, portanto, para a organização de experiências diferenciadas de produção e distribuição, as quais, aos poucos, reconhecem uma outra possibilidade de sustentação das formas de vida de indivíduos em sociedade, não-centrada, exclusivamente em esferas do Estado e do mercado<sup>40</sup>. Sua política tem como desafio fomentar a busca de estratégias que preservem seus direitos sociais e consolidem planos universais e intersetoriais de formação e crédito capazes de viabilizar os diversos projetos emergentes.

Nos últimos anos, os grupos autogestionários vêm assumindo a forma de cooperativas ou associações produtivas que, a partir da necessidade, levam os indivíduos a se integrar, cooperar e tomar decisões em conjunto como forma de sobreviver frente às limitações do sistema produtivo. Estes empreendimentos são apresentados como organizações de economia local originária de micro-contextos sociais que pretendem, a partir das necessidades de seus integrantes e dependentes, conduzir projetos coletivos de geração e distribuição de renda calcados na valorização do trabalho e nas habilidades de seus componentes. Estes consideram a propriedade coletiva ou associada com o direito e a liberdade individual em ações de natureza autogestionária.<sup>41</sup>

Tais empreendimentos têm como tônica a heterogeneidade, variando de iniciativas extremamente precárias até formas mais estruturadas de organização coletiva. Podem

apresentar graus muito variados de gestão, não apenas de empreendimento para empreendimento, mas no mesmo empreendimento em diferentes momentos<sup>42</sup>. Mesmo sendo viabilizados e amparados por organizações do terceiro setor (religiosas, organizações não governamentais, movimentos sociais, sindicatos) e instituições públicas (universidades e instâncias governamentais, em menor escala)<sup>40</sup>, deparam constantemente com obstáculos de ordem econômica e política que colocam em risco seu constructo autogestionário<sup>41</sup>.

Em geral, a fragilidade das estruturas autogestionárias se amplia quando carecem de suporte técnico e de estudos de mercado, ou mesmo pelo afastamento ou desconhecimento dos ideários cooperativistas no cotidiano do grupo<sup>41</sup>. Esta situação acaba aumentando o nível de desproteção social dos seus participantes.

Neste contexto, os empreendimentos organizados em torno do modelo de *cooperativismo de trabalho*<sup>34</sup> aparecem como uma modalidade particular. Constituem-se por uma grande e crescente variedade de grupos, predominantemente no setor de serviços que desenvolvem atividades terceirizadas cujos processos autogestionários vêm sendo mediados pela organização de trabalho de empresas contratantes. São experiências que não se estruturam necessariamente a partir de um tipo de atividade produtiva (quando informalizadas), mas que se integram em objetivos momentâneos, de acordo com as habilidades dos seus integrantes. A longevidade e durabilidade destas experiências ainda dependem de apoio e de vínculos externos, como políticas públicas, assessorias técnicas, informações sobre mercado, etc. Atualmente sua constituição é controversa no âmbito legal, devido à permeabilidade, à fraude, à violação dos direitos trabalhistas e dos princípios cooperativistas que orientam o âmbito legal de tais modalidades<sup>43</sup>.

Um estudo feito, em 2006, pela SENAES, apontou a existência de 14.954 empreendimentos de economia solidária no Brasil, que envolvem 1,2 milhão de pessoas. A maioria, 54% deles, assume a forma de associação; 33% constituem grupos informais<sup>44</sup>. É percebido que uma das maiores carências dos grupos autogestionários é, além da fragilidade do seu respaldo legal e das dificuldades de acesso a crédito e de comercialização de seus produtos, a falta de preparo para a gestão coletiva do empreendimento.

Deste contexto, o que nos chama atenção é em que medida esses empreendimentos, mesmo inseridos em um contexto de precaridades, constituem experiências privilegiadas ao suprimento das necessidades de vida coletiva, de estímulo

à autonomia nas organizações dos trabalhadores<sup>45</sup>, ou mesmo novos meios e sentidos dados ao trabalho e as ações coletivas em saúde.

No âmbito dos empreendimentos autogestionários, entendemos que o retrato da saúde é inferido pelos modos autogestionários que interferem nas faculdades de os cooperados enfrentarem dificuldades em seu processo de trabalho, na capacidade de os mesmos superarem problemas e imposições pelas intercorrências de seu cotidiano de convivência.

Sob o ponto de vista das *atividades*, os momentos do trabalho podem ser entendidos como lugares permanentes de micro-escolhas, de construção de normas e valores, de atitudes frente às questões inerentes ao trabalho<sup>30</sup>. O *processo de trabalho autogestionário* permite assim ao trabalhador agir na relação com seu meio de forma a normatizá-lo, recriando-o de acordo com suas necessidades. Ele constitui não só conjunturas possíveis de adoecimento, mas também espaços de produção de saúde, na medida em que os trabalhadores recriam individual e coletivamente a forma e o sentido do trabalho, se adaptam, assim como instituem novas normas, gerando novas formas de produção, distribuição, convivência e cuidado em acordo com as necessidades e cultura local.

Levando em consideração essas peculiaridades, uma questão importante foi saber como o empreendimento do estudo, ao possuir como referenciais os valores de solidariedade nas relações humanas, de ajuda mútua e de gestão coletiva dos processos produtivos, vivenciam e caracterizam o momento autogestionário intermediado pela terceirização; uma segunda foi com que conjuntos de *atividades* os cooperados lidam com as questões de saúde no trabalho, a partir da perspectiva dos próprios trabalhadores.

A seguir, o desenvolvimento de nosso estudo.



## Capítulo 4

### Verso e reverso de um empreendimento autogestionário

Neste capítulo, apresentamos uma iniciativa de trabalho cooperativo, destacando percepções sobre o momento autogestionário de trabalho e o retrato da ação em saúde de seus integrantes. Em um primeiro momento, descrevemos o contexto social, o surgimento, a proposta e o atual momento do empreendimento para, em seguida, abordarmos as questões relativas às problemáticas do trabalho e de saúde, bem como o conjunto e o sentido de *atividades* a partir deles desempenhadas.

#### 4.1. Conhecendo o espaço social dos cooperados

O bairro do Caju, onde está situada a cooperativa, é um dos mais antigos do Rio de Janeiro e se localiza na região norte desta cidade. Ele fazia parte do bairro de São Cristóvão, que foi desmembrado em bairros menores que, por sua vez, desenvolveram em torno de atividades aduaneiras e comerciais. Seu processo de urbanização aconteceu de forma acelerada, caracterizada pela ocupação desorganizada de trabalhadores e imigrantes em busca de trabalho na zona portuária da cidade, no início do século XX.

Uma das características essenciais do bairro é o esgotamento de áreas próprias para construção de áreas residenciais. É grande a ocupação irregular de elevados, com pouca estrutura sanitária e de terrenos destinados à eliminação de dejetos portuários. O lixo urbano e o trânsito de produtos comerciais são presentes no espaço. Percebemos as dificuldades quanto à presença de estruturas públicas direcionadas à prestação de serviços de saúde, educação e desenvolvimento cultural, principalmente para crianças e adolescentes. Sua fotografia expressa a deteriorização e fragilização econômica das empresas lá instaladas, somadas à pauperização das comunidades de seus arredores.

## Figura 1

Vista panorâmica parcial do bairro do Caju, Rio de Janeiro.

---



Fonte: Google Earth

Dentre as inúmeras idéias e projetos desenvolvidos em prol de melhores condições de vida no bairro, destaca-se o Projeto Favela-Bairro (PVB), iniciado em 1996, reconhecido como instrumento para a integração urbanística e social. Em termos gerais, os objetivos do projeto buscaram recriar a idéia de um ambiente mais bem aproveitado nas atividades comerciais e de convivência da comunidade. Em parceria com associações de moradores locais, técnicos da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (PrefM-Rio de Janeiro) e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), o PVB concentrou esforços com o objetivo básico de reverter a situação de afunilamento dos assentamentos, direcionando projetos para a construção de novas habitações e espaços sociais no bairro. Em suma, o PVB buscou ordenar o sistema viário interno, ampliar e caracterizar os principais acessos que vinculam o bairro a outros bairros da

cidade e, ainda, distanciar os espaços de moradia e de convivência social do tráfego de veículos das vias expressas que margeiam o bairro, como a Linha Vermelha e a Avenida Brasil.

No espaço conhecido como Ladeira dos Funcionários foi criada uma rua de acesso a veículos que contorna o conjunto, facilitando a circulação de pedestres e onde existem pequenas praças. Em uma delas, foi construída uma creche e também uma área de recreação integrada com um centro comunitário (instalado em um galpão metálico militar readaptado da época da II Guerra Mundial). Neste centro comunitário funciona o serviço social ao bairro, bem como locais de vacinação e de reunião de moradores, projetos sociais e, até há pouco tempo, a sede da cooperativa estudada. Atualmente, o galpão foi reassumido pela prefeitura com a promessa de, nesse local, ser instalado um posto de saúde para as comunidades que vivem em torno do bairro. Do lado oposto à rua principal, foram construídas novas moradias em uma estrutura linear, com áreas comerciais protegidas por uma galeria contínua, no térreo. Em uma destas áreas comerciais, encontra-se a nova sede da cooperativa.

## Figura 2

Vista panorâmica do da Ladeira dos Funcionários, bairro do Caju, Rio de Janeiro

---



---

Fonte: Google Earth

No local conhecido como Parque São Sebastião, apesar de as organização das moradias ficarem encostadas fisicamente à Ladeira dos Funcionários, buscou-se reorientar seu acesso pela linha ferroviária e vielas do cemitério de São Francisco Xavier. A geração de espaços públicos foi possibilitada pela ampliação das ruas e calçadas. O eixo da entrada e da circulação principal, antes reduzido a um sombrio beco, apertado por um muro contínuo de concreto, foi ampliado devido à cessão de uma faixa de terra pela Rede Ferroviária Federal S.A. (RFFSA). Criou-se, assim, um espaço de convivência que organizou a circulação de veículos e pedestres. Na parte alta da comunidade, a disponibilidade de terrenos facilitou o estabelecimento de um núcleo para atividades esportivas e de um conjunto de moradias para o reassentamento dos moradores cujas casas interferiam no desenvolvimento do sistema de circulação. A conexão urbana se estabelecem no ponto alto com o hospital São Sebastião, atualmente



ocupado e servindo de espaços de moradia para a comunidade. Preservaram-se a caixa d'água como monumento identificador da comunidade, os campos esportivos e uma área de recreação infantil.

### Figura 3

Vista panorâmica do Parque São Sebastião, bairro do Caju, Rio de Janeiro

---



---

Fonte: Google Earth

Com o constante crescimento do número de moradores nas localidades, a infraestrutura e os serviços do território, aos poucos, tornaram-se insuficientes, prejudicando o ordenamento da comunidade. No PVB, além da criação de um sistema de abastecimento de água, luz, gás e esgoto, definiram-se como objetivos principais a identificação do acesso principal e o resgate da organização do local, em particular da estrutura original dos pavilhões do hospital. A imagem do hospital ainda está presente nas estruturas de pedra dos edifícios, valorizadas na construção das moradias, estabelecendo um vínculo simbólico e cultural entre o antigo e o novo. Esta relação

cultural é reafirmada pelo núcleo cultural de uma escola de circo, no alto da comunidade, que forma o conjunto conhecido pelos moradores como *fábrica dos sonhos*. A transformação da antiga enfermaria do hospital em creche restabeleceu a definição da entrada principal da localidade, cujo acesso à praça arborizada permite fazer ligações com as outras localidades do Parque Boa Esperança.

#### Figura 4

Vista panorâmica da Vila Clemente Ferreira, bairro do Caju, Rio de Janeiro



Fonte: Google Earth

A idéia de reordenar as estruturas físicas do bairro do Caju se apresentou apenas como parte dos anseios levantados pelos moradores para o bairro. Muitos se preocuparam com a responsabilização, principalmente, do poder público em compreender melhor a característica do bairro para a ampliação de oportunidades de saúde, educação, trabalho e moradia. Entre as demandas constaram: 1) a utilização das estruturas do centro comunitário para a incorporação de projetos sócio-educativos e de

saúde para filhos e familiares; 2) a articulação com as empresas para empregarem moradores do bairro; e 3) os convênios para mutirão de construção e regularização de moradias.

Mesmo assim, é reclamação dos moradores o *distanciamento dos órgãos públicos e/ou financiadores privados no que diz respeito à melhoria das condições de vida no bairro*. Das nossas observações e interações, percebemos que o PVB foi um construto de parceria comunitária cujo foco se deu pela urbanização da localidade, frágeis, atualmente, no aprimoramento de serviços sociais - encarados pelos cooperados como propulsores de melhorias nas condições de vida das famílias.

Como decorrência desta carência atual, é comum o desenvolvimento de projetos comunitários de forma a resolver os problemas pontuais e necessidades emergentes sentidas pela população como, por exemplo, a *mobilidade geográfica voltadas para novos espaços de moradia*. Amparados por um discurso a favor dos direitos sociais de moradia, os mutirões de construção ou transformação dos antigos cortiços em moradias, ou mesmo imóveis abandonados, em grandes aglomerados de casas, evidenciam um grande projeto organizado de forma coletiva e movido por objetivos comuns. Ele acontece a partir do trabalho coletivo de moradores e acompanhamento das lideranças comunitárias do bairro, em parte, cooperados do empreendimento alvo deste estudo.

*Os espaços recreativos e de lazer também são outras conquistas no bairro*. Os espaços de convivência representam, para os moradores, os lugares públicos onde é possível encontrar amigos e familiares, conversar sobre situações cotidianas, desenvolver atividades esportivas e educacionais, ou mesmo se reunir com representantes da sociedade civil e grupos representativos pertencentes ao bairro. Destacam-se as pequenas praças onde acontecem programações religiosas, festas comunitárias, e atividades sócio-educativas, amparadas por líderes comunitários, em parceria com organizações não-governamentais e da própria comunidade. Existem ainda encontros do bloco carnavalesco do bairro, reuniões da associação de moradores, da câmara comunitária do Caju, do grupo de ação social de trabalho e renda e do Instituto Alternativo de Ações Solidárias do Caju (IAASC).

Empresas e organizações não-governamentais também são parceiras para a realização de atividades educacionais e culturais que valorizam a história e a memória do bairro do Caju. Há um projeto de educação ambiental para diminuir o acúmulo de lixo nas ruas da comunidade e pensar uma melhor organização do núcleo da Companhia Municipal de Limpeza Urbana (COMLURB) no bairro. Os moradores observam que, não bastassem os prejuízos adquiridos com a modernização portuária, o despejo do lixo

produzido na cidade é passível de danos ambientais no bairro, bem como para a saúde de seus moradores. Reclama-se ainda do descaso quanto à manutenção das estruturas físicas e dos serviços sociais no bairro, em particular da pavimentação (já desgastada pelo trânsito de trens e transporte de carga pesada); da urbanização (dada a falta de desapropriação de terrenos para moradias populares); dos esgotos, abastecimento de água e coleta de lixo.

Existe também o que qualificamos como *estratégias de geração de renda, realocação de mão de obra em vagas e oportunidades de trabalho nas empresas do Caju*. Através do grupo de presidentes das associações de moradores do bairro, em meados da década de 1980, fundou-se a Liga de Associações e Amigos do Bairro do Caju (LAABC). Tem como objetivos a criação de parcerias com as empresas instaladas no bairro e encaminhar mão-de-obra quando há abertura de postos de trabalho. Esta liga, que atualmente é pouco ativa, ainda funciona a partir de uma central de cadastramento e de informação de trabalhadores autônomos para empresas no bairro.

Neste contexto, *observamos que seus moradores constroem modos diferenciados de trabalho e convivência, através de projetos coletivos e iniciativas pessoais, buscando superar a carência e as necessidades diárias, em particular, no âmbito da educação, trabalho e moradia*. Juntos, estes grandes temas se apresentam como os anseios dos moradores do Caju. Eles esperam da educação os meios para reconhecer os sentidos e fortalecer as práticas de trabalho. Do trabalho, esperam conseguir suprir suas necessidades materiais.

As buscas por participação e representação local, nas formas de moradia e trabalho se configuram como ações propulsoras às melhorias das condições de vida do coletivo. *O trabalho é compreendido como eixo de significação pessoal e meio principal de geração da renda e subsistência familiar*.

A seguir, uma leitura sobre o surgimento da proposta da cooperativa estudada.

#### **4.2. Sobre o surgimento e proposta da cooperativa**

Sensibilizados pela perspectiva de mudança das condições, no bairro, pelo Programa Favela-Bairro, representantes da associação de moradores do Caju, em parceria com a PrefM-Rio de Janeiro e a COPPE/UFRJ, iniciam um processo de envolvimento de moradores em um projeto alternativo e audacioso de reformulação das estratégias já existentes de realocação de mão-de-obra nas empresas do Caju. A idéia era transformar o que antes servia apenas como relocação de mão-de-obra para



empresas locais em um empreendimento de trabalho gerenciado pelos próprios trabalhadores, e que pudesse oferecer serviços às empresas e comunidade do Caju. Tratou-se de uma iniciativa desafiadora devido à pauperização e pouca informação sobre o que era o cooperativismo entre os seus moradores. Entretanto, apesar da complexidade de problemas e demandas de mudança no bairro, foi possível aproximar moradores sem experiência profissional, ou afastados do mercado de trabalho, em um projeto voltado ao trabalho cooperativo, que pudesse valorizar as habilidades dos interessados e a promoção de atividades educacionais e culturais no entorno do Caju. Da idéia inicial, participaram líderes comunitários e donas-de-casa, jovens e adultos com baixa formação escolar, desempregados e trabalhadores autônomos, muitos destes oriundos das áreas de limpeza doméstica, construção civil e manutenção das empresas do bairro, setor alimentício, administrativo, entre outros.

Dada a heterogeneidade de histórias, formações, experiências e formas de contribuição, foi conflituosa a definição do formato e, particularmente, da atividade principal do grupo cooperativo. Contudo, como havia “*muitas senhoras, muitas donas-de-casa*” (Pedro) participando e interessadas na proposta, bem como pessoas com habilidades, experiências e contribuições que giravam em torno do âmbito de limpeza, “*a maioria decidiu de limpeza, de limpeza hospitalar, limpezas gerais. Só que não ficava fechada só nisso não*” (Pedro). A idéia era também permitir a incorporação de outras habilidades profissionais, conhecimentos e potencialidades dos moradores, em benefício da empregabilidade do grupo.

“*A gente sempre teve em nossa mente o seguinte: é uma alternativa da comunidade. Se na comunidade tem outros círculos de profissões, ela taria agregando, vendo a demanda de mercado, e taria aproveitando isso também. Então não ficou fechado. É uma cooperativa de trabalho. Aí não tem focalizado em só limpeza, não. Ela, na realidade, foi aberta para qualquer segmento, desde que tivesse, dentro da comunidade, mão-de-obra praquilo*”. (Pedro)

Para isso, foi pensado regularizar a proposta nos moldes de uma *cooperativa de trabalho*<sup>34</sup>, cuja atividade principal seria a de limpeza, sem, contudo se fechar neste segmento de serviços. A idéia de formar uma *cooperativa de trabalho* na comunidade foi proporcionar trabalho aos seus moradores valorizando as habilidades de cada um: “*A gente é ser humano. Cada um é cada um. Cada um tem seu dom, cada um tem sua finalidade no mundo. Um serve pra alguma coisa, outro serve pra outra*”. (Osvaldo)

A parceria com a COPPE/UFRJ possibilitou fomentar a perspectiva da economia solidária, recebida com entusiasmo pela comunidade. Trabalhou-se com a idéia da

cooperação como união no planejamento e execução do trabalho, bem como no fortalecimento da representatividade local.

*“A cooperativa é pra gente se ajudá mutuamente. É a gente aqui tem que tá prestando um serviço prá atendê a necessidade do cooperado. Se a gente não pudé fazê isso prá pessoas que tá alí e que precisam disso, ‘mermão’, então, porque adianta uma cooperativa dentro de uma favela? (...) A gente não tinha essa técnica do cooperativismo popular. A gente não sabia o que era o cooperativismo com essas dimensões técnicas. Que a cooperação a gente usa, dia a dia, dentro de nossa comunidade: no mutirão, no copo de café, de açúcar (...) Isso é uma cooperação. É a falta de água, que às vezes acaba nossa água e a gente vai até a casa do vizinho e pega. Mas a técnica do trabalho cooperativado não existia”.* (Osvaldo)

A partir dos ideários de ajuda mútua para o trabalho, introduz-se o compromisso de organizar e autogerir um empreendimento orientado para a distribuição de renda local dado o problema crucial de desemprego dos moradores, muitos alijados do mercado por questões de qualificação e antecedentes pessoais. Seu grupo, atualmente, é composto por 60 cooperados, em sua maioria, migrantes e mulheres de idade entre 25 e 50 anos, com baixo nível de escolaridade. A cooperativa preconiza o trabalho como componente de inserção e participação nos meios de produção e consumo para suprimento familiar. Segundo os cooperados, ela representa a realização da utopia possível de ser alcançada pela união de todos. Exemplo disto são os desafios que a cooperativa enfrentou e vem enfrentando ao longo de sua fundação.

Nos primeiros seis meses de incubação foram elaborados projetos comunitários para aquisição de mobiliários, equipamentos e materiais, planos de negócios, cursos de cooperativismo, capacitação profissional e acompanhamentos jurídicos e contábeis para o grupo. Nesta parceria com a COPPE/UFRJ, aliaram-se valores e anseios comunitários ao conhecimento técnico do cooperativismo para a oferta de serviços no mercado e comunidade. Em termos práticos, a parceria possibilitou 1) assistência técnica sistemática sobre as atividades ofertadas; 2) fomento da organização associativa; 3) estímulo para o planejamento participativo; 4) beneficiamentos coletivos; 5) comercialização e apoio gerencial dos serviços.

A partir deste movimento, a cooperativa pôde prestar serviços especializados de limpeza, em particular, nas instalações de uma universidade pública na cidade. No âmbito local, tais serviços constituíram objetos de trocas por outros serviços ou produtos existentes na comunidade. No histórico da cooperativa também se destacam parcerias junto a outros empreendimentos solidários quanto ao apoio na força de

trabalho e gerenciamento dos contratos firmados. Seus cooperados relembram situações denominando estas parcerias como práticas do tipo *guarda-chuva*, onde uma cooperativa permite a participação de outras no montante de seu projeto e contrato de prestação de serviços. Destas parcerias, os cooperados relatam terem tido muitas aprendizagens, capacitações e espaços de mobilização popular.

Neste início, “*o pessoal tava bem engajado*”, mas estavam preocupados por não saber “*como é que iria se dá depois de formada, depois que as coisas teriam que andar por conta do grupo*” (Pedro). Isto é, a preocupação era saber como o grupo iria dar conta das responsabilidades e exigências produtivas, administrativas e contábeis sem a assessoria da incubadora, em especial, dentro de uma proposta autogestionária de reflexão e decisão conjunta no papel de prestadores de serviço de limpeza (terceirizados) em um centro hospitalar.

Frente a estas questões, após a desvinculação da cooperativa com o grupo de incubação, dificuldades aumentaram no que se refere, em um primeiro plano, à autogestão para a manutenção dos princípios do grupo cooperativo, o planejamento de projetos comunitários e os assuntos participativos e deliberativos mais gerais do empreendimento. Em um segundo plano é relatada a fragilidade na aquisição de contratos, ou mesmo na proteção do grupo frente aos acordos e cláusulas firmadas com as empresas interessadas pelos serviços.

Desde então, o grupo vem operando como cooperativa de trabalho voltada ao setor de serviços hospitalares sob o foco da redução das desigualdades econômicas de membros e familiares. Os trabalhadores se caracterizam como proprietários associados do empreendimento, sendo responsáveis diretos pelos frutos da atividade econômica, em proporções correspondentes aos seus aportes em trabalho. Para este grupo, os ganhos produzidos revertem para os trabalhadores, sob a forma de retribuições diretas ou como capital por eles compartilhado, representando um incremento ao patrimônio pessoal e coletivo.

A cooperativa tem, portanto, sua base produtiva, cujo labor sustenta o empreendimento para o qual fluem os seus resultados diretos e indiretos. Nela, destacam-se ainda as práticas de assistência a membros em situações de dificuldade (doenças, problemas familiares, etc.) instituídas formalmente, bem como práticas espontâneas de ajuda mútua entre os trabalhadores em seus espaços de trocas. No campo da seguridade social são observadas fragilidades. Os níveis modestos de acumulação de capital e de tecnologia, desde seu nascedouro, parecem ser responsáveis pela incapacidade de expandir as atividades, multiplicar dividendos e oferecer garantias

sociais aos trabalhadores. Para a realidade da cooperativa, o que se tenta garantir é a possibilidade de trabalho e renda que resiste em manter condições razoavelmente estáveis a partir dos padrões e anseios de seus cooperados. Observamos a resistência em manter os postos de trabalho, mesmo ao preço de menores retribuições individuais sob o signo de preservar a capacidade produtiva do empreendimento garantindo o mínimo meio de subsistência e propriedade comum dos cooperados. Sob sua dimensão política, observa-se um conjunto de regras e práticas que pretendem a garantia da gestão participativa e democrática. A eleição dos dirigentes normalmente é livre e direta. As decisões fundamentais em regra são tomadas pelo conjunto de seus membros, apesar dos relatos de serem influenciadas pelas instituições contratantes.

*As dificuldades iniciais apontadas residem no escopo das recorrentes perdas financeiras e da autonomia da cooperativa pelas instituições contratantes.* Tais dificuldades buscam refletir sobre como instituir mecanismos condizentes com os princípios de participação e democracia no grupo, haja vista o grande ritmo cotidiano do trabalho e o gerenciamento constante do trabalho cooperativo por terceiros. Do mesmo modo, observamos que os cooperados não se sentem confiantes em lidar com assuntos administrativos e contábeis dos empreendimentos. Eles relatam serem vitimados quando da aceitação contratual de cláusulas e determinações que denigrem os objetivos e anseios do grupo. Também inspiram desconfiança pela qualidade e compromisso do trabalho realizado, em particular por se tratar de serviços negligenciados pelas empresas e desenvolvidos na cooperativa, em sua grande maioria, por mulheres, muitas delas responsáveis pelo suprimento familiar, preocupadas com a educação de seus filhos e com medo de seus maridos/companheiros. É comum a discriminação e o preconceito do cooperado por ser oriundo das favelas.

Contudo, para muitos cooperados, *a organização do empreendimento voltado para famílias da comunidade é motivo de orgulho.* Tais críticas soam como força coletiva frente à violência social e do trabalho vivenciado. É orgulho dos cooperados pertencerem a uma cooperativa que traz como bandeira de luta o embate contra a opressão e abusos no trabalho, bem como a redistribuição da renda e um conforto maior para seus membros. Observamos, concomitantemente à oferta de serviços terceirizados, ações do grupo em prol da comunidade, como provimento de eventos educativos e culturais, participação em movimentos sociais, ou mesmo parcerias e articulações com organizações não governamentais. Sob este prisma, a autogestão se torna suscetível às demandas da comunidade e, ao mesmo tempo, promove o seu engajamento nos embates da política local. Neste sentido se criam outros circuitos de interação e de troca,

fundados em relações não-mercantis e não-monetárias, impulsionando uma economia mais plural na comunidade do Caju. A cooperativa em si também se constitui como arranjos produtivos que articulam interesses monetários, políticos e culturais. É reconhecida em seus locais de inserção, assumindo funções de promotoras do desenvolvimento local.

A seguir, apresentaremos uma leitura do cenário produtivo e mercantil dos cooperados, para assim avançarmos em suas percepções sobre o trabalho, saúde e ações atuais.

### **4.3. O espaço de trabalho da cooperativa: centro de atenção em saúde infantil de um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro**

Desde sua fundação, a cooperativa presta serviços a um centro hospitalar de atenção à saúde infantil, inaugurado em outubro de 1953, que faz parte do conjunto de unidades acadêmico-assistenciais de uma universidade pública na cidade do Rio de Janeiro. Além de abrigar atividades relacionadas ao ensino, pesquisa, assistência e extensão nas áreas relacionadas à saúde da criança e do adolescente, funcionam em suas dependências departamentos dos cursos de saúde da universidade.

É também reconhecido como centro de referência nacional de promoção da saúde para o programa de assistência integral à saúde da criança e aleitamento materno do Ministério da Saúde (MS). O centro possui, atualmente, 67 leitos cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimentos clínicos e cirúrgicos; uma emergência clínica aberta 24 horas e ambulatórios de especialidades pediátricas. Mensalmente, são realizadas aproximadamente 10 mil atendimentos de crianças e adolescentes em regime ambulatorial, 2 mil atendimentos na emergência, 500 consultas de pronto-atendimento, 300 internações, 50 cirurgias e 100 procedimentos cirúrgicos ambulatoriais. Ele desenvolve, ainda, programas específicos em convênio com outras instituições públicas e privadas, como projetos de humanização hospitalar; acompanhamento da criança portadora de anemia falciforme; acompanhamento da criança diabética; atenção à criança vítima de violência; atendimento de crianças com risco e/ou portadoras de deficiências; erradicação da febre reumática; acompanhamento pré-natal para adolescentes; acompanhamento de gestantes imunodeficientes e de gestantes de alto risco; assistência às crianças portadoras de diarreia e onco-hematologia pediátrica.

O centro está subdividido em três unidades: *unidade de pacientes externos; unidade de pacientes internos e suporte laboratorial à assistência pediátrica.*

A primeira é composta pelo *ambulatório geral*, pelos *ambulatórios de especialidades pediátricas* e pelos *setores de emergência e materno-infantil.*

O *ambulatório geral* é o local onde são realizados os tratamentos clínicos mais comuns, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e a avaliação inicial dos casos a serem encaminhados às especialidades pediátricas.

O *ambulatório de especialidades pediátricas* é responsável pela avaliação, atendimento, monitoramento e procedimentos clínicos das áreas de alergia-imunologia, cardiologia, cirurgia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, genética, nefrologia, neurologia, nutrologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, reumatologia, além de atendimento em psicologia e fonoaudiologia, e acompanhamento ambulatorial a questões de adolescentes.

O *setor de emergência* presta assistência a crianças na faixa etária de 3 a 13 anos incompletos, faz formação e treinamentos de alunos de cursos de graduação e pós-graduação e realiza pesquisas nas áreas clínica, de administração e de avaliação de serviço.

O *setor materno-infantil* compreende um ambulatório de atendimento pré-natal, um setor de atendimento pediátrico e outro de vacinação. O ambulatório de pré-natal atende gestantes de alto risco e desenvolve programas especiais de assistência a adolescentes grávidas e a gestantes imunodeficientes. O atendimento pediátrico prevê o acompanhamento de crianças de 0 a 12 anos, com ênfase nos menores de 5 anos, priorizando-se as ações básicas de saúde.

A *unidade de pacientes internos* é composta pelas enfermarias. O hospital dispõe de 6 enfermarias pediátricas divididas por faixas de idade, com um total de 87 leitos, sendo 80 pediátricos e 7 de cirurgia pediátrica. Esta unidade oferece apoio ao setor de emergência e aos ambulatórios, quando a internação de uma criança se faz necessária. O hospital tem ainda uma enfermaria de hematologia, onde são realizados os protocolos de tratamento de pacientes portadores de doenças hematológicas. Os professores, os alunos de graduação e pós-graduação freqüentam suas atividades rotineiras e fazem também parte do quadro de profissionais que aí trabalham.

O *suporte laboratorial* à assistência pediátrica é um serviço de apoio para os diagnósticos. Conta com os laboratórios de patologia clínica, de anatomia patológica, de bacteriologia, de imunologia e de genética, o serviço de radiologia e a agência transfusional. Além destas instalações, o centro conta com estruturas de

aproximadamente 20 pequenas salas onde se desenvolvem atividades administrativas e de recreação infantil; uma biblioteca; almoxarifados; sanitários; farmácia; depósitos de lixos orgânicos recicláveis e especiais; restaurante; áreas comuns de circulação como corredores internos e externos, e salas de procedimentos de limpeza conhecidos como *expurgos*.

#### **4.3.1. O setor de higienização e limpeza do centro hospitalar**

Nessa complexa estrutura hospitalar, o *setor de higienização e de limpeza* fica localizado em um pequeno almoxarifado. É responsável pela coordenação e gerenciamento da desinfecção, descontaminação e limpeza das estruturas físicas do local, assim como pelo armazenamento e manuseio de produtos e pelo recrutamento de profissionais nestes processos.

Atualmente, como reflexo do momento atual de discussões no centro hospitalar, busca-se uma melhor definição de sua estrutura organizacional com a introdução de melhorias quanto à padronização dos diversos procedimentos de higienização e limpeza, bem como de estratégias de gestão de pessoas, comunicação interna e prática de decisão compartilhada.

Este setor possui um coordenador e um supervisor geral. Ambos gerenciam as atividades e os turnos de trabalho de aproximadamente 50 trabalhadores terceirizados, provenientes da cooperativa de trabalho estudada e de uma empresa de recrutamento de mão-de-obra.

A orientação das atividades realizadas e a organização dos trabalhadores seguem, em geral, uma distribuição por turno de trabalho. Os trabalhadores que desenvolvem suas atividades durante 8 horas por dia, no período matutino-vespertino são conhecidos como *diaristas*. Os *plantonistas* trabalham 12 horas, no período noturno, 3 vezes por semana. Organizadas as escalas e os turnos, os trabalhadores são divididos em equipes geralmente mistas, compostas por cooperados e não-cooperados e orientados a desenvolver um conjunto de atividades no setor previamente apresentado.

De acordo com informações da gerência deste setor, em cada local há uma necessidade específica, um procedimento a ser realizado. O trabalhador recém-chegado é informado sobre suas incumbências através de encontros periódicos com a gerência e de supervisões diárias, bem como, no momento do trabalho, junto a colegas mais experientes.

Entre as tarefas observadas e relatadas pelos trabalhadores, encontram-se as seguintes: *varredura úmida*, que consiste na remoção de detritos soltos no chão que não aparentam conter matéria orgânica; *limpezas úmidas de pisos*, esfregando ou limpando áreas com pano úmido e lavagem de salas e corredores; *descontaminação e desinfecção de salas de procedimentos*; *higienização* de geladeiras, de leitos e de berços; e *descarte de materiais*.

Tais tarefas compõem o rol de procedimentos contratados continuamente pelo centro hospitalar. Outros procedimentos como limpezas em ambientes que tenham maquinários, higienização de filtros de ar-condicionado e desinfecção de laboratório de análises clínicas podem ser periodicamente solicitado para a cooperativa, respeitando a organização das atividades hospitalares e as prioridades do setor.

Foi percebida a autonomia do centro hospitalar na decisão e na organização de programas e serviços contratados. Observamos que, para o centro hospitalar, é interessante fortalecer suas atividades-fim (representada pelos procedimentos técnicos dos exames e cuidados em saúde) e atuar na regulação de serviços que favoreçam a consecução de seus objetivos. As atividades de limpeza fazem parte deste universo, podendo ser definidas como atividades-meio reguladas pelo setor.

Neste sentido, faz parte do cotidiano hospitalar, *a flexibilização de contratos de serviços, a vulnerabilidade das relações de trabalho e o surgimento de formas de controle e disciplina específicas para os trabalhadores terceirizados*. Observamos que a perspectiva contratual estabelecida entre o centro hospitalar e a cooperativa é condizente com a idéia de recrutamento de trabalhadores a preços mais vantajosos do que a contratação direta pelo hospital, ou através de uma empresa de serviços comum. Nesse processo, a cooperativa acaba não tendo forças para resistir a uma série de normas operacionais deste tipo de atividade-meio, ou mesmo imposições gerenciais que implicam na perda da autonomia do grupo na organização e realização das atividades prestadas, bem como da liberdade de expressão no cotidiano do trabalho. São relatos comuns dos cooperados a sobrecarga exigida de trabalho e a desresponsabilização do setor quanto ao alerta dos riscos e acidentes de trabalho, sob a ameaça da rescisão contratual. Por outro lado, a gerência do centro hospitalar nos alerta da dificuldade diária em capacitar e desenvolver ações conjuntas com a cooperativa, junto aos cooperados, nas percepções e atitudes frente a situações vulneráveis aos acidentes, ao contágio e contaminação nos momentos do trabalho.

Situações estas de fragilidade comunicacional e de papéis internos acabam por gerar conflitos contínuos entre os cooperados e a gerência. Isso vem propiciando a



divisão interna entre cooperados e demonstrando diferentes posicionamentos frente à postura da gerência. Alguns poucos cooperados buscam enfrentamento direto às imposições através do diálogo nas entrelinhas do trabalho; outros evitam qualquer contato direto, temendo represálias.

Tais aspectos repercutem na qualidade como os cooperados interagem com a administração do hospital e em como abordam seus papéis no centro hospitalar.

A seguir, apresentaremos algumas percepções dos cooperados sobre suas *atividades* de trabalho, nos momentos acompanhados.

#### **4.4. Situações problemáticas nos momentos de trabalho**

Uma primeira situação colocada pelos cooperados se refere à *não reconhecer os procedimentos técnicos* da maioria das tarefas exigidas para serem realizadas. Observamos que os cooperados demonstram insatisfação com a falta de informação dada pela gerência hospitalar acerca dos serviços de limpeza exigidos. Informam que as atribuições são transmitidas de forma superficial, com pouco acompanhamento e prescrição sobre como deve ser realizado o trabalho, o que gera dificuldades na realização das tarefas, inseguranças e riscos à saúde do cooperado. A idéia deles seria que pudessem melhorar a organização dos cooperados, definindo equipes, grades de tarefas e rotinas em parceria com a gerência do setor.

Com relação às *obrigações no trabalho*, relatam que a rotina, os procedimentos e a carga de trabalho são desgastantes e variam de setor para setor. Informam que equipes de cooperados e profissionais terceirizados são organizados pela gerência hospitalar e orientados a ficar meses responsáveis pela limpeza de um único setor do centro hospitalar. É comum os cooperados serem convidados a ampliarem sua jornada de trabalho. São restritos os momentos de pausa para alimentação e descanso no trabalho. São observadas constâncias nas abstenções dos trabalhadores por conta de problemas de saúde pessoais e familiares (geralmente dos filhos). Tais mudanças constantes no ordenamento do trabalho cooperativo são vistas como recursos gerenciais manipulatórios, opressores, prejudiciais para a organização do trabalho e riscos à saúde dos cooperados. O aumento dos impactos das diversas tarefas no corpo dos cooperados, a impossibilidade de qualificação profissional do grupo e a baixa qualidade dos serviços prestados são constantes reclamações dos cooperados.

Outro ponto evidenciado é a *falta de reconhecimento institucional e dos usuários a respeito do trabalho de limpeza* realizado. Várias situações denotam descaso e

desrespeito pelo trabalho realizado, como o desconhecimento do que é o trabalho de limpeza; o descarte de material clínico e cirúrgico de maneira inadequada; o desrespeito de familiares que urinam e defecam nos banheiros em lugares inapropriados, de usuários que jogam lixo no chão e de profissionais de saúde que descartam luvas e outros materiais no vaso sanitário. Como comenta uma cooperada:

*“Teve um dia que eu estava limpando o banheiro e de repente eu escutei: ‘vê se você me enxerga porque eu não estudei pra limpa chão não’. Aí, foi na hora que eu escutei. Aí eu fiquei chateada com a mulher. Limpa chão não é vergonha pra ninguém. Eu fiquei chateada com isso.” (Ivone)*

É presente, portanto, um *antagonismo entre o ponto de vista da gerência e do grupo cooperativo em relação às formas e expectativas sobre o trabalho a ser desenvolvido*. Por um lado, o centro hospitalar espera qualidade dos serviços prestados e obediência a normas institucionais; por outro, a cooperativa espera maior liberdade em gerenciar o grupo, ordenar e qualificar as atividades de limpeza hospitalar. Em muitos casos, o planejamento da limpeza e a gestão dos recursos materiais e humanos do setor são incompatíveis com o considerado correto ou possível de ser realizado pelos cooperados. O julgamento ocorre, constantemente, tanto entre os pares nas equipes quanto pelos chefes, por outros funcionários do centro hospitalar ou pelos próprios usuários. Exemplo disso é quando os cooperados consideram inadequada a relação gerencial hospitalar, o uso de determinado material tido como necessário para atender aos fins de desinfecção ou higienização. Os conflitos se acirram quando as situações envolvem reclamações de usuários com os cooperados, ou entre cooperados com a gerência do setor que, em muitos casos, desconhecendo o acontecido, arbitra punindo e exigindo o afastamento do cooperado de sua tarefa.

Além de falta de materiais, de equipamentos e de estruturas físicas de suporte para a limpeza, os cooperados se ressentem da *ausência de informações convincentes sobre os procedimentos de segurança no trabalho*. Demonstram insegurança na forma de proceder diante de determinadas tarefas e têm receio de manipular ou mesmo tocar em materiais que considerem contaminados. Reclamam da escassez de instrumentos de trabalho e demonstram preocupação com os locais de depósito e eliminação de resíduos - os expurgos - sendo vistos como de grande periculosidade de acidentes e contaminação. Estes depósitos encontram-se em locais considerados inapropriados pelos cooperados, como no saguão de espera do setor de atendimento, em uma sala sem ventilação do setor administrativo ou mesmo onde são refrigeradas amostras para exame clínico dos pacientes. Recentemente foi realizado, pelos responsáveis do setor, um

trabalho de educação e conscientização junto aos cooperados e a outros trabalhadores com o intuito de inibir o uso desses locais para refeições a fim de prevenir possíveis infecções dentro e fora do centro.

Quanto aos instrumentos de trabalho cedidos pelo hospital, o fornecimento é periódico e racionado. É constante a *falta de materiais* como sacos plásticos, vassouras, baldes, panos, enceradeiras, o que acaba impossibilitando a conclusão e a qualidade do trabalho, além de sobrecarregar o trabalho dos demais integrantes do grupo.

Observamos que, em alguns locais do centro hospitalar, *a organização do trabalho institucional e do fluxo dos usuários não facilita o desenvolvimento do serviço de higienização e limpeza*. Foram relatadas as dificuldades existentes em limpar os banheiros do setor ambulatorial, no espaço de espera do setor de emergência e nas salas da enfermaria, durante o período do dia. Nesses espaços, o aumento da carga do trabalho de limpeza é diretamente proporcional ao número de atendimentos realizados, somados ao contingente de usuários no local. Além do limitado número de profissionais nas equipes de limpeza e da escassez de materiais fornecidos pelo setor de higienização e limpeza, quase inexistem momentos de descanso durante a jornada de trabalho:

*“A gente ainda tem que, no horário de visita, ir para outro setor, pra trabalhar em outro setor. E isso aí tá quebrando a gente. (...) A gente acaba reclamando entre a gente mesmo e eu acho que fica por isso mesmo”* (Marta).

A inadequação do mobiliário nos espaços institucionais também dificulta o trabalho, tendo de se mudar o modo operatório da tarefa para evitar danos pessoais. Além do esforço exigido, as posturas para limpar são desconfortáveis e contribuem para o aparecimento de problemas osteomusculares, particularmente para as equipes que atuam nos setores administrativos, na biblioteca e nos almoxarifados, bem como nos laboratórios de procedimentos e análises clínicas:

*“Incrusive a gente tá tendo probrema, as menina tão com pobrema de coluna, justamente eu tô com pobrema sério de coluna por causa disso. Porque tamo trabalhando além da nossa capacidade. Porque é muita enfermaria pra a gente cuidá, entendeu. É chão sujo toda hora, toda hora a gente tá limpando o chão, toda hora a gente, enfim, é chão, corredor, tudo, tá preocupando muito a gente.”* (Ivone)

Soma-se a isso uma diversidade de tarefas solicitadas pela enfermagem que acaba, de alguma forma, interferindo na rotina diária, como limpeza de vômitos, secreções e “alagamentos” pós-banho de paciente. Objetos cerâmicos quebrados, toalheiros sem papel e vazamentos de maquinários também dificultam a realização da atividade, com riscos de acidentes aos cooperados. Há também solicitações de limpeza de funcionários

de outros setores que os obriga a interromper o trabalho para atender alguma emergência, já que os profissionais do setor de higienização e limpeza devem se adequar àquilo que está sendo realizado no centro hospitalar.

*“As questões que incomoda é que atualmente eles estão sobrecarregando muito a gente. Sobrecarregando assim, dando muito trabalho prá gente. Além da gente ficá na enfermaria, é muita coisa prá fazê.”* (Clara)

*“A gente trabalha o dia todo. Não pára. Não pára um segundo. Entra lá, até a hora que a gente sai é trabalhando, é limpando vomito, secreção, é o dia todo. E fora a limpeza geral. Quase todo dia a gente tem uma enfermaria que é limpeza geral. Do teto ao chão, parede, tudo, e lavar o chão a maquina né, para puxar tudo.”*(Lais)

Todas estas situações obrigam à *constante reorganização da rotina pessoal de trabalho*, induzindo o cooperado a desenvolver habilidades e competências para driblar riscos e solucionar problemas outros que não são de sua responsabilidade, como a retirada de lixos especiais, a limpeza de maquinários e a organização de mobiliários nas salas. Os cooperados vivenciam um conjunto de tarefas de trabalho muito flexíveis, dependente do andamento dos serviços e prioridades hospitalares.

Nos encontros com a coordenação hospitalar, observamos que a orientação para a realização destas tarefas é justificada dada a *diminuição do quadro dos funcionários públicos* deste setor devido a recentes aposentadorias, bem como desinteresse no contrato de novos cooperados. Em decorrência, é observada forte pressão para a realização das tarefas, acarretando constantes afastamentos por motivos de adoecimento, situações estas que são os vértices dos conflitos entre o setor de higienização e limpeza do centro hospitalar e a coordenação da cooperativa:

*“Muita das vezes, quando as pessoas se queixam, elas [a gerência] dizem que a pessoa que não tivé satisfeito, a porta da rua é a serventia da casa. As pessoas ficam com medo de fazê o que tem que fazê mesmo doente, mesmo sentindo dor, não pode faltar, principalmente o dia de sábado e o dia de domingo que é prantonista. Várias pessoas já foram mandadas embora porque faltou, tava doente e não comprovou. Entendeu? Não comprovou, mandaram embora.”* (Ivone)

Neste aspecto, observamos a *desresponsabilização e a falta de apoio desse setor frente aos impactos de sua organização do trabalho aos afastamentos e conflitos*:

*“A gente não pode ficá doente não. Nem a gente pode ficá doente, nem nossos filho pode. Porque se o filho ficá doente você não pode trabalhá. Então, não pode nem o filho nem a mãe ficá doente”.* (Clara)

*A deficiente comunicação e a falta de abertura da gerência do setor interferem, respectivamente, na compreensão do cooperado às demandas do centro hospitalar e vice-versa, o que leva ao acirramento de intrigas interpessoais. Essa dificuldade em manter uma troca de informações acerca das ocorrências diárias acentua o isolamento dos cooperados e os torna mais vulneráveis à insegurança nas atividades realizadas e quanto a sua própria permanência no setor:*

*“Já foi mandada muita gente embora de lá. Só porque ela não foi com a tua cara, você está dispensado”. (Clara)*

*Algumas experiências de trabalho que nos foram relatadas indicam ainda o constrangimento do trabalhador frente às exigências de trabalho e ao abuso de poder por parte da gerência hospitalar.*

*“Pelo tempo que eu estou lá, é só cobrança. Cobrança tem muito. Mas assim, eles chamarem a gente para sentar, para expor os problemas da gente e tal, não existe não. Só tem muita cobrança. É o que eles costumam dizer: “a gente é o criente, vocês têm que fazê o que a gente qué”. (Ivone)*

*Da mesma forma, a sensação de ofensa e de controle excessivo no trabalho é expressa pela inflexibilidade da gerência em acolher as questões e necessidades específicas dos cooperados:*

*“Eu acho que todo mundo deveria ser igual pelo menos. A gente que é cooperativado como igual a cachorro. Nem muita gente tem a visão que eu tenho, mas a minha visão é essa. Porque uns dias atrás aí, minha chefe chamou, que não é bem chefe, que ela usa do cargo de supervisor para abusar do poder. E eu acho que isso aí uma coisa horrível“(Marta)*

*São relatadas inseguranças e a desproteção no cotidiano do trabalho pelos cooperados como consequência das imposições gerenciais que anulam sua participação, desvalorizam o trabalho e a autonomia na organização e execução das suas tarefas no âmbito hospitalar. A introspecção e a inatividade frente a estas questões são percebidas. O diálogo entre os cooperados, nos momento de trabalho e convivência no centro hospitalar, são restritos, porém procurados. O medo de encarar as imposições da gerência é presente. São ausentes os reconhecimentos acerca das tarefas e da proposta de trabalho cooperativo pelo centro hospitalar. A valorização geralmente advém dos próprios cooperados quando trabalham em conjunto, ou de usuários: quando recuperados objetos perdidos nas instalações do centro hospitalar; quando fornecidas informações aos usuários sobre os serviços e instalações do centro; quando do auxílio no processo de cuidado das crianças, no consolo e interação com as mães e familiares.*

Ações desse porte dificilmente são reconhecidas pelos colegas e quase nunca explicitadas como parte do processo de trabalho. O grupo acompanhado percebe o distanciamento de seus coordenadores nestas e em outras questões. Tais situações de invisibilidade e opressão demonstram desmotivar o engajamento e o protagonismo entre os cooperados nos momentos do trabalho, influenciando diretamente na atitude dos cooperados e em seus modos de ser em outras esferas de seu cotidiano.

Neste escopo, os impactos frente às percepções pessoais e situações de saúde são presentes.

#### **4.5. Percepções e ações em saúde pelos cooperados**

Para os cooperados, *a noção de saúde representa o bom funcionamento do corpo e a doença como um dano resultante da influência negativa de fenômenos externos ao corpo*. Ficar doente é uma preocupação constante, pois implica diretamente na impossibilidade para a ação no trabalho. Significa uma quebra na sua identidade de trabalhador e de provedor familiar:

*“A saúde é um fator principal na vida do homem. E esse fator a gente tem sempre que tá preocupado. A doença é uma coisa triste (...) Então, vou vivendo (...) Se fica doente a gente tá fudido. Porque vai recebe lá uma pensãozinha do INSS, o que não dá prá se manter. Não vai da prá fazê biscate. E vai fica por aí abandonada. Então a saúde é principal.”* (Osvaldo)

*“Realmente, porque a gente quando vai ao médico, a gente tem que, ou pagá prá tê uma pessoa prá ficá no lugar da gente, ou então, fica sem trabalhá e fica sem recebê. É isso”.* (Lais)

No centro hospitalar, o ritmo intenso e a elevada carga de trabalho trazem *implicações negativas ao corpo do cooperado*. O medo do acidente perfuro-cortante ou mesmo do adoecimento são constantes. Além dos temas da contaminação, outras questões de saúde acabam sendo relacionadas com as tarefas desenvolvidas, como problemas osteomusculares e cardiovasculares:

*“Os problemas mais que tá atingindo lá o pessoal de lá é coluna. Muito tempo abaixado, muito tempo limpando parede, limpando o chão, entendeu. Então, tá sacrificando muito a gente mesmo. Porque lá eles cobram muito. É muita limpeza. Eles cobram demais (...) A minha saúde, o que percebo depois que eu comecei a trabalhá lá, eu já adquiri problema de pressão, que eu não tinha, e diabete que eu não tinha (...) Eu*

*realmente não tinha esses problema não. Agora de uns dois anos e meio, três prá cá, eu tô me cuidando*”. (Lais)

*“A gente trabalha à noite e devido o sono, aí a pressão altera. Eu procuro vê a pressão. Eu tomo remédio. Eu mesmo prefiro ir no posto de saúde. Lá tem médico, mas eu nem peço pra eles me medir a pressão. Porque se eu pedir, eles vão me deixá mais doente que já tô.”*(Marta)

A ausência de políticas efetivas de segurança do trabalho no hospital produz, nos cooperados, um sentimento de desamparo nos modos de proceder frente aos diversos riscos a que estão expostos. Do mesmo modo, a própria cooperativa não demonstra maior empenho em exigir a implantação de programas apropriados de formação, ou mesmo a adoção das medidas internas de segurança e assistência no trabalho necessárias para a realização de procedimentos que envolvam riscos de acidentes e/ou contaminações.

No espaço terceirizado, existem equipamentos de proteção individual, mas nem sempre os cooperados se adaptam a usá-los. É comum o relato de descuidos em seu uso. É o caso de uma cooperada que questiona a prática de colegas quanto ao manuseio incorreto das luvas e o risco de contaminação através da ingestão de alimentos após o procedimento de descontaminação e desinfecção das salas de do hospital:

*“Tem muita coisa assim, a respeito da higiene, tem muita coisa errada. Eu não tive curso, mas eu sei que se você tirou uma luva, você não vai pegá a outra luva que está contaminada e colocá no bolso. Eu sei que isso é errado. Mas a gente vê. Eu não faço (...) Tudo que você faz, quando você acaba, tem que lavá as mãos. Isso não acontece. Eu vejo mesmo as próprias colegas de trabalho vai lá pegá a mão, puxa a luva contaminada, puxa a outra, bota no bolso ... vai lá, pega o pão, pega o biscoito e come. Quer dizer, eu não acho isso certo. Quem passô isso pra mim, me ensinô desse jeito: que não pode pegá, puxá uma luva depois pegá com a mão na outra que está com ela na mão. Você tira, pega com a ponta, e tira a outra. Pega na ponta de luva e depois, principalmente, lava as mãos. É necessário.”* (Lais)

Situação semelhante se observa quanto ao cuidado na realização de tarefas que envolvem a utilização de instrumentos perfuro-cortantes:

*“A gente trabalha com luvas e com bastante cuidado. Cuidado para não se espetá com agulha, porque já aconteceu várias vezes, inclusive comigo. Eu já me espetei. Mas eu não deixo de usá luva. Tenho cuidado e falo prá meninas terem cuidado e não deixá de usar luva”.* (Ivone)

É relatada também crítica de cooperados com relação à falta de precaução do colega em relação aos acidente de trabalho e a despreocupação do cooperado em seguir procedimentos gerais de segurança do hospital.

*“Teve colega que furou e não procurou o médico pra fazê os exames que tem que fazê. Na hora que fura, elas ensinaram assim: furou, vai diretamente ao CCH, vai lá que já vai ter um médico que vai fazer todos os exames e dar logo um remédio para você tomar. Mas tem colega que já aconteceu de se furá e não procurou o médico. Eu acho que até hoje não sabe se está contaminado. Não sabe, porque não procurou”.*  
(Clara)

Em outras situações, a *ausência de informação em saúde no ambiente de trabalho* acaba gerando um clima de insegurança:

*“Eu já presenciei assim, há cinco anos atrás, eu acho, há quatro anos, a garota, ela faleceu só que a gente não sabe se foi por conta da contaminação do hospital ou não. (...) Quer dizer, a gente não sabe se ela já estava doente, ou se ela ficou doente lá. Ela acabou falecendo (...) Diz que deu um derrame na vista dela, diz que inchô, inchô, começô com uma cocerinha. Ela foi pará no hospital, e, com duas ou três semanas ela faleceu. Então a gente não sabe o que foi, se foi contaminação no hospital ou se ela já estava doente. E teve outra também que deu um derrame 'do nada' . Ela tava trabalhando, e até hoje ela não consegue trabalhar porque ela ficou parálitica”.*  
(Marta)

Percebemos, contudo, na maioria dos cooperados, uma *disposição de ajudar na vigilância e cuidado em saúde*, particularmente àqueles que vêm sofrendo com dores, problemas de ordem emocional e necessidades familiares. Essa relação de proximidade afetiva e apoio mútuo se estendem às situações reconhecidas de exposição a riscos no trabalho.

Neste cenário, as formas como os cooperados lidam com problemas de saúde decorrentes *do e no trabalho* representam *momentos de troca de experiências e práticas de autocuidado*. Geralmente os cooperados recorrem a medidas fundadas em crenças pessoais e tradições familiares. Encontramos o uso constante de remédios caseiros e a ingestão de alimentos, tanto como primeiro recurso frente às dores decorrentes do ritmo e carga de trabalho, quanto de conversas quando da percepção de problemas de ordem emocional ou violência no trabalho. Fazem isso, por não possuírem outros recursos. Para o grupo, são carentes os serviços de saúde comunitário e no trabalho que eles possam procurar em caso de necessidade, ou mesmo de conhecimentos específico e habilidades coletivas em lidar com problemas de saúde em seu trabalho.



Dos relatos e observações, nota-se que todas estas posturas e medidas se revelam como ações pró-ativas em saúde para os cooperados, na medida em que buscam resolver problemas de seu corpo e do trabalho, a partir de comportamentos pessoais e mudanças nas estruturas produtivas. Apesar de os cooperados terem se mostrado, de um modo geral, capazes de identificar as causas e diagnosticar os perigos ao seu corpo, ou mesmo definir estratégias de proteção em saúde não-centradas na cura de doença em si, são frágeis o reconhecimento coletivo de tais ações, bem como o planejamento de atividades comuns.

Deste cenário de precarizações, observamos a postura de resistência do cooperado como medida de proteção individual e sobrevivência coletiva no trabalho, bases para a manutenção do projeto autogestionário, como veremos a seguir.

#### **4.6. O momento autogestionário da cooperativa**

Como apresentado, o processo autogestionário do grupo vem se desenhando lenta e conflituosamente, dada a *situação de precarização e terceirização de serviços, bem como a decorrência de fragilidades organizacionais internas as quais dificultam o planejamento de metas e a execução de atividades comuns aos membros do empreendimento.*

A exemplo disto, observamos que, apesar de as *assembléias* se destacarem como principais momentos para que os cooperados acompanhem e decidam os direcionamentos, e os trâmites legais e burocráticos da cooperativa, elas são momentos em que os cooperados encontram dificuldades para se organizar e interagir.

Por um lado, as reuniões e assembléias acontecem sem uma regularidade periódica, na sede da cooperativa ou em uma sala de reuniões no centro hospitalar, por vezes, boicotadas pela gerência hospitalar. Observamos que não são todas as vezes que os cooperados são liberados para participarem destes espaços. A justificativa da gerência é que o serviço de limpeza hospitalar não pode parar e que as salas são prioritárias às atividades acadêmicas realizadas no centro hospitalar. Por outro, são dificuldades apresentadas: a *conciliação das tarefas domésticas com a autogestão do trabalho.* Exemplo disto é o fato de o coletivo ter de freqüentar a comunidade em períodos noturnos no bairro do Caju, quando muitos atualmente não fazem parte desta comunidade. O medo da violência urbana acarreta perdas para este processo.

Porém, adotam-se estratégias outras que, em conjunto, buscam requalificar a organização do trabalho realizado. Além da realização de assembléias nos espaços do

trabalho e da reintrodução do diálogo entre a coordenação, cooperados, familiares e empresa contratante, foi elaborada uma *cartilha* que apresenta a cooperativa. Nela constam informações sobre o surgimento, propostas e funcionamento da mesma como também os direitos e deveres do cooperado e orientações relativas às formas de sua participação.

*“Inicialmente, 90% a 80% das pessoas não entendem. Estão mais pela necessidade de trabalhar e ganhar alguma coisa. Eles vêm mais pela necessidade de tá desempregada e tendo que trabalhar, mesmo que seja por cooperativa que precarize ou que não precarize. Num decorrer desse trabalho, desse tempo é que elas vão pegando e vão tendo a noção. O que nós procuramos fazer é sempre dizer que existem direitos e deveres e que devem ser cumpridos, porque sem um, o outro não vai funcionar. Por exemplo, se tem assembléia, é necessário participar. Até porque tudo que nos fazemos hoje, que a cooperativa faz, é votado em assembléia. Não realizar, vira um processo falho. No decorrer do trabalho é que eles vão vendo, vão correndo atrás, vão se informando, mas no início, a gente procura passá pra eles que direito é esse. Tem um fundo social que garante uma gratificação, um descanso; quota parte sem contribuir. Então, isso a gente vai passando a grosso modo. Eles levam uma cartilhinha sobre o cooperativismo. Muitos nem lê. Mas quando vão começando a ter os problemas de entendimento, aí eles começam a ter o conhecimento pelo próprio sistema em si. Aí começam a tá se envolvendo mais.”* (Pedro)

*Conversas no dia-a-dia com cooperados menos participativos no trabalho e/ou nos espaços de lazer das comunidades também foram observadas como forma de realimentar o projeto cooperativo. Nelas, lideranças do grupo, em particular, os coordenadores e membros de comissões, refletem sobre os momentos preocupantes do projeto coletivo e o agir coletivo frente às questões inerentes às condições e relações de trabalho comumente relatadas.*

Para os coordenadores da cooperativa, alguns cooperados permanecem acomodados e desinteressados:

*“Não, eu só participo assim só de reunião, mas não são todas não, porque eu sou muito preguiçosa pra ir em todas reunião. Quando eu tô em casa eu não gosto de ir.”* (Marta)

Há outros que se sentem acuados pelo fato de terem vindo de fora da comunidade e se inseriram na cooperativa apenas pela possibilidade de ter um trabalho. Recentemente a “cooperativa foi obrigada” (Osvaldo) a aceitar inclusão de pessoas de outras comunidades, na época, prestes a terminar o contrato temporário de prestação de

serviços na universidade. Foi-nos informado que estas pessoas não têm comprometimento com a história do surgimento, nem mesmo com os propósitos do trabalho e da geração de renda coletivos, e da redistribuição de seus ganhos ao grupo do Caju:

*“É que entrou muitas pessoas em nosso contrato que não moram na comunidade. Condições impostas pelo próprio hospital. Nós herdamos um contrato administrativo que era pessoas que trabalhavam como autônomo dentro da universidade (...) Estas pessoas já tinham a atribuição delas dentro da universidade. Elas vão vir aqui participá da reunião?”* (Osvaldo)

Estas posturas e atitudes nos permitem-nos observar *apostas para o projeto coletivo a partir da sensibilização dos cooperados para a importância de participação constante à vigência do empreendimento e melhorias para a comunidade*. O diálogo e a capacitação para o cooperativismo são observados como algo desenvolvido de modo informal, porém constante. É objetivo engajar um maior número de cooperados na proposta e nos enfrentamentos cotidianos, no processo de trabalho autogestionário.

O que observamos é que o atual modelo de contrato de terceirização de serviços via cooperativas, é o elemento central da fragilidade técnica e política do processo autogestionário da cooperativa. A imposição contratual inibe a presença da cooperativa nas proposições e deliberações no trabalho, logo impede a possibilidade de construção de estratégias coletivas de organização e execução das atividades realizadas. Soma-se o impacto desta postura sob a dimensão social deste processo, na medida em que tende a individualizar e segmentar o cooperado nos momentos do trabalho. A dimensão econômica autogestionária tende a se fragilizar pela perda da produção coletiva e valorização da ajuda mútua frente às represálias gerenciais, bem como pela ausência de relações não-mercantis nos espaços de convivência do Caju.

A fragilidade autogestionária do grupo é sentida, portanto, pela dificuldade de os cooperados defenderem sua autonomia no centro hospitalar e de seus princípios no âmbito legal e trabalhista onde, atualmente, respondem por processos de inelegitimidade organizacional, o que tem levado a um ciclo de perdas financeiras coletivas e desânimo ao restante do grupo pelo projeto cooperativo inicial.

Neste cenário, *atividades* que busquem valorizar os princípios, a história e os propósitos desta cooperativa se colocam em primeiro plano no nível das ações coletivas, porém carentes de planificação. Isto traz, como campo de ação, duas grandes vertentes. Uma voltada para a quebra contratual da relação de dependência com o hospital, em defesa da autonomia do trabalho coletivo, e outra no planejamento de ações individuais

e coletivas, frente à ressignificação do empreendimento para seus membros e moradores da comunidade, estratégias estas que apontaremos a seguir.

#### **4.7. Estratégias para um novo formato do trabalho e postura autogestionária**

Os cooperados destacam três condições básicas para superar grande parte dos problemas que enfrentam em seu cotidiano: 1) revisão de alguns termos do contrato entre a cooperativa e o hospital; 2) maior grau de autonomia do grupo na organização e execução das tarefas e procedimentos realizados no hospital e 3) estabelecimento de formas mais efetivas de participação e engajamento dos cooperados na condução do empreendimento. Como lembra um coordenador: *“o que a gente tá tentando fazê agora é sobreviver isso tudo e mostrará que é um trabalho totalmente diferenciado”* (Osvaldo). Destas observações, torna-se oportuno nos aproximarmos das idéias para a implementação deste plano e acompanhamento das atividades daí decorrentes.

É proposta dos cooperados *impulsionar uma mobilização coletiva para implantar um sistema continuado de informações acerca da rotina de trabalho nos diversos setores do hospital e dos cuidados específicos a serem seguidos com vistas à prevenção da saúde*. De forma complementar, a idéia é que tanto o hospital quanto a própria cooperativa assumam responsabilidades de reorganizarem os espaços de discussão e avaliação sobre o trabalho realizado, apostando na capacitação continuada, no fornecimento de materiais para a realização das tarefas e de equipamentos de proteção individual. Tais demandas estão implícitas na fala de uma cooperada:

*“Eu acho que para reverter esse quadro de dificuldade de trabalho a gente tem que, assim, se reunir todos os cooperados e botá em pauta com a diretoria da cooperativa e com a diretoria do hospital pra tentá resolvê. Por que vai ficá esse impasse: trabalhador prum lado, administrador pro outro, e hospital pra outro. Então assim, nunca vai chegá a um acordo entre as três partes. Isso é o que mais precisa. Então se reuni todo mundo e botá isso em pauta pra tenta melhorá o serviço do trabalhador. Tinha que fazê isso, reuni todo mundo. Mas é difícil [...] todos os cooperados tinham que ouvir a direção do hospital, que é responsável também por esse serviço, por esse setor que a gente trabalha [...]. reuni, conversá, definir uma coisa melhor tanto para o trabalhador, que somos a gente que trabalha lá dentro, e como pra eles.”*(Lais).

Diante disso, acredita-se constituir as bases que sustentariam futuras ações dos cooperados.

Alguns cooperados revelaram *preocupação quanto à regulação e adequação trabalhista da cooperativa e a suas elevadas dívidas*. Esperam que o grupo pactue com o poder público a permissão e apoio para novas possibilidades no mercado. Para isso, mencionam a necessidade de estudar e rever os marcos legais sobre o cooperativismo, em particular, do cooperativismo de trabalho, sob os moldes dos empreendimentos autogestionários solidários nascidos em comunidades desprovidas de outras oportunidades de geração de trabalho e renda:

*“A perspectiva que eu tenho, hoje, é que, ou isso muda, ou a gente morre. E eu to vendo que a cooperativa, por mais que ela tenha vivido 10 anos, ela está no CTI, cara. Não por nossa conta, não. Mas pelo sistema (...) Ou a gente muda ou a gente vai ter que se adequar ao sistema. E se adequar ao sistema é perdê totalmente isso que a gente se propõe a fazer até hoje (...) Realmente tem a necessidade de se criar uma lei que enfoque as cooperativas de trabalho, como que ela tem que se portar, o que ela tem que seguir, quais são os princípios básicos para isso acontecer. E a partir dali começar a trabalhar. Porque do jeito que a coisa está hoje, está complicada. Eu só espero que a gente, como cooperativa, consiga chegar a essa lei e ver isso acontecer. Porque eu estou vendo que está difícil. Não somos uma cooperativa especial, mas uma cooperativa diferente das outras. Uma cooperativa popular que nasce de uma comunidade, de uma favela. Infelizmente, no Brasil, tudo que a gente faz visa o capital. Tudo que a gente faz, sempre tem uma multa, um valor para se pagar.”*(Pedro)

*“São tantos problema que você vai enfrentando que, no final, você vê que aquelas pessoas que poderiam estar alí pra contribuí elas ficam à parte, aí você fica meio que desanimado (...) Não que o cooperativismo seja uma coisa ruim. É uma coisa boa quando todo mundo tá participando, quando todo mundo tá junto realmente havendo uma cooperação. Mas quando isso não existe, aí você fica assim meio que capenga.”*  
(Osvaldo)

Esse momento delicado por que passa a cooperativa provoca *a participação efetiva de todos para a reorganização de suas propostas e estruturas, além da mobilização por ajuda de parceiros externos*. É sabido o que empreendimento carece de instrumentos e estratégias sistemáticas para discutir e qualificar o funcionamento do trabalho autogestionário. Conta com poucos parceiros institucionais, a não ser organizações ligadas às atividades e projetos socioculturais na comunidade. Devido às atuais condições legais, patrimoniais e financeiras da cooperativa, o grupo não tem tido sucesso nas solicitações de apoio junto a órgãos financiadores e bancos públicos. É

premente a necessidade e busca de novas parcerias técnicas: *“Temos falta de parceria e não sabemos como buscá isso da forma que a gente está hoje”* (Pedro).

Percebemos, porém, *a disponibilidade dos cooperados em reintroduzir ações voltadas para a melhor organização do grupo ligadas às esferas do lazer e da cultura.* Espaços recreativos e de educação estão sendo orientados pela cooperativa como estratégia de fortalecimento das idéias e habilidades de enfrentamento dos cooperados.

É grande, portanto, o empenho do grupo em *resgatar os ideários autogestionários originários da cooperativa como fortalecimento para o enfrentamento cotidiano.* São iniciativas, discussões e vivências que valorizam a identidade do cooperado, seus pensamentos, cultura, habilidades, bem como a organização, a execução, os ganhos e a ajuda mútua *no e pela* cooperação no trabalho. Como afirma um cooperado:

*“A cooperação é a troca de informação, troca de conhecimento, troca de necessidade, é driblar as dificuldades. Espero que o trabalho nosso não morra. Sei que não vai morrer porque está registrado. E a nossa história vai permanecer porque vai ser contada. A cooperativa me ensinou a ver o mundo com uma outra visão, me ensinou essa necessidade de reuniões, da gente se confraternizar, de estar junto, de reunir as famílias da gente. Cada um fala de seus problemas e se ajuda naquilo que a gente pode se ajudá.”* (Osvaldo)

Sendo assim, *busca-se uma melhor instrumentalização coletiva para elaboração de estratégias/ações/atividades, planos de ação, frente a estas questões.* Neste processo que se inicia, o grupo entende que resgatar a história da cooperativa, suas missões, ressaltar as habilidades pessoais e a solidariedade intrínseca existente nas relações pessoais no coletivo e canalizá-las em projetos viáveis e dentro da governabilidade da cooperativa, pode ser uma saída, porém, que será um esforço intersetorial e um projeto em médio prazo.

## 5. Considerações Finais

Ao percorrermos os meandros do bairro, escutarmos histórias e vivenciarmos momentos de vida no bairro do Caju, percebíamos que as necessidades de grande parte de seus protagonistas giravam em torno do trabalho, moradia e educação. Projetos coletivos de geração de renda e atividades grupais de diversas naturezas, assim como atividades ligadas à construção civil se apresentavam como formas de proporcionar espaços de moradia, recreação, educação, trabalho e cultura, a partir de necessidades pessoais e coletivas, da história e da memória do bairro. Foi possível perceber que tais iniciativas locais buscam superar a carência, a marginalização e resolver necessidades diárias de suas famílias.

Deste modo, ao apresentarmos as questões de trabalho e saúde em um contexto de trabalho cooperativo, procuramos nos ater às percepções e aos enfrentamentos dos cooperados em seus contextos de convivência e trabalho. Essas percepções e os enfrentamentos daí derivados se traduziam em *atividades* que engendravam estratégias de *produção de saúde*, pois buscaram superar necessidades e problemáticas cotidianas.

Neste contexto, o projeto cooperativo significou uma tentativa grupal de melhoria das condições de trabalho e suporte familiar de moradores historicamente marcados pela vulnerabilidade empregatícia e carências de ordem participativa e consumo de bens sociais. A constituição da cooperativa de limpeza hospitalar representou um processo intersetorial, contando com parcerias dos setores de educação, saúde e serviço social de cunho participativo junto à comunidade e aos trabalhadores locais. Contudo, tais parcerias vêm se mostrando fragilizadas, nos últimos tempos, em virtude de divergências entre os atores representantes e a precarização do trabalho de terceirização pela principal instituição contratante dos serviços da cooperativa.

O imagem autogestionária da cooperativa estudada referenciou um *processo de trabalho* cujas relações sociais e técnicas se aproveitam do confuso contexto legal das cooperativas e revitalizam modalidades de subcontratação, onde predominam baixos valores pagos, a eliminação de encargos trabalhistas e a desresponsabilização com a capacitação e manutenção da força de trabalho. Observamos que, ao buscar subcontratar os serviços da cooperativa, o centro hospitalar procura eliminar ao máximo os seus custos, obter o mesmo padrão de qualidade das tarefas de limpeza e melhor regular, a partir de procedimentos gerenciais, os serviços realizados pela cooperativa. Neste sentido, os efeitos das modalidades de gestão e gerência hospitalar demonstram inibir as

possibilidades de trabalho autogestionário, e censurar os princípios cooperativistas e os valores do grupo em questão, limitando assim a autonomia dos cooperados às suas propostas e atividades desenvolvidas dentro e fora do espaço de trabalho. Sob este contexto, o projeto de trabalho cooperativo torna-se mais conflituoso e desafiador, pois necessita garantir os meios de autogestão do grupo em um espaço que não é o da cooperativa, ou mesmo que a reconheça. O quadro de *terceirização* estudado condiciona a perda de vínculos internos entre cooperados e sofrimentos contínuos.

Além das problemáticas referentes aos limites para o exercício da autogestão, o local das tarefas terceirizadas se configura como espaço adoecedor. *O discurso de saúde do cooperado é centrado na causalidade dos acometimentos físicos e emocionais provenientes do trabalho e na possibilidade de recriar formas de agir se protegendo dos adoecimentos.* As estratégias utilizadas pelos cooperados valorizam *atividades de proteção e autocuidado*, e de *vigilância em saúde*. Os cooperados buscam construir diferentes formas de realização das tarefas de trabalho almejando ter segurança e responder aos anseios e necessidades no coletivo. A finalidade destas atividades é a transformação real do momento de trabalho autogestionário. Neste cenário, observamos criatividade, coletividade e solidariedade nestas ações.

Tais estratégias e ações realizadas, traduzidas como atos cotidianos engajados na produção de saúde no coletivo autogestionário, têm como objetivos últimos: 1) mudar as relações contratuais e econômicas com a instituição hospitalar; 2) privilegiar o trabalho como valor humano; 3) defender necessidades e a cultura do grupo; 4) aprimorar habilidades em projetos pessoais dos cooperados; 5) exigir mais segurança no trabalho e atenção às necessidades de saúde.

Deste escopo, a conjugação dos campos da saúde do trabalhador e do campo social da terapia ocupacional nos ajudou ampliar a dimensão das *atividades* enquanto objeto de investigação e instrumento facilitador do agir em saúde no processo de trabalho autogestionário. O cooperativismo estudado simboliza uma possibilidade metodológica de ação em saúde coletiva que emana da caracterização do empreendimento pelo cooperado, a partir de suas realidades e problemáticas, e das estratégias, por ele desenvolvidas, sob os prismas de resistência e transformação do trabalho, eixo para a realização e sucesso de projetos pessoais.

Apesar de percebermos nossas fragilidades metodológicas em melhor apreender o processo de trabalho estudado, o *processo de trabalho autogestionário* nunca foi ou pode ser considerado estável. A restrita autonomia do grupo dificulta a organização coletiva, o planejamento das metas, das ações e das avaliações em conjunto. A frágil



independência de cada cooperado, no cotidiano do trabalho, reflete a carência de instrumentais e habilidades para a transformação do seu quadro de trabalho e saúde. Apesar de o grupo apreender a precarização do trabalho em seu cotidiano, são confusões e plurais os meios pelos quais o grupo se orienta no cuidado à saúde. A situação se torna mais complicada haja vista que eles se encontram sem outros parceiros neste processo.

Neste grupo cooperativo, notamos que o atual ordenamento de sua relação com o centro hospitalar, somado às dificuldades de capacitação e regulação do trabalho interno, modelam o frágil momento autogestionário de trabalho e saúde do grupo. Neste processo, as *atividades* vivenciadas e desenvolvidas pelos cooperados representam protagonismos mais individuais que coletivos que visam, além da transformação de situações ameaçadoras no processo de trabalho, a sustentabilidade do grupo para as necessidades e projetos de vida de cada integrante, logo relacionadas com aquilo que cada cooperado entende e busca por saúde.

O trabalho de limpeza hospitalar, além de compor um conjunto de atividades que se relacionam com habilidades, vivências e histórias de vida dos cooperados, caracteriza-se, também, como meio de significação pessoal, como atividade virtuosa, cujo resultado possibilita, igualmente, neutralizar as dificuldades financeiras e incertezas quanto ao futuro na comunidade. Fazer parte da cooperativa sinalizou, ao mesmo tempo, o sucesso pessoal, não apenas a partir da recuperação de renda e de consumo, mas pela vivência de experiências de lutas, vistas como positivas, em busca de maior participação comunitária e emancipação sócio-econômica de um grupo historicamente invisível. Neste sentido, observamos que é no decorrer da convivência que eles compreendem o movimento, as exigências e as características do trabalho autogestionário atuando sobre dificuldades e desafios no empreendimento.

## Referências Bibliográficas

- <sup>1</sup> Medeiros MHR. Terapia ocupacional: um enfoque epistemológico e social. São Paulo: Editora Hucitec, São Paulo: Edusfcar; 2003.
- <sup>2</sup> Bechara-Maxta BS. Relatório Final INCOOP. Atividade Curricular Integrada de Ensino, Pesquisa e Extensão. [Relatório de Conclusão de Curso]. São Paulo: Universidade Federal de São Carlos; 2003.
- <sup>3</sup> Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa e saúde. São Paulo: Editora, Rio de Janeiro: Abrasco; 1992.
- <sup>4</sup> Soares LBS. Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho? São Paulo: Editora Hucitec; 1991.
- <sup>5</sup> Francisco BR. Terapia Ocupacional. Campinas: Papirus; 2001
- <sup>6</sup> Paim JS, Almeida Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.
- <sup>7</sup> Barros DD, Lopes RE, Galheigo SM. Terapia ocupacional social: concepções e perspectivas. In: Cavalcanti A, Galvão C, organizadores. Terapia Ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p.347-353.
- <sup>8</sup> Barros DD, Ghirardi MIG, Lopes RE. Terapia ocupacional e sociedade. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo 1999; 2/3: 69-74.
- <sup>9</sup> Galheigo, SM. O social: idas e vindas de um campo de ação em Terapia Ocupacional. In: Pádua EMM; Magalhães LV, organizadores. Terapia Ocupacional: teoria e prática. Campinas: Papirus; 2003, p. 29-46.
- <sup>10</sup> Barros DD, Lopes RE, Galheigo SM. Novos espaços, novos sujeitos: a terapia ocupacional no trabalho territorial e comunitário. In: Cavalcanti A, Galvão C, organizadores. Terapia Ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p.354-364.
- <sup>11</sup> Castel R. As Metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes; 1998.
- <sup>12</sup> Lancman S. Construção de novas teorias e práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. In: Lancman S, organizador; Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional. São Paulo: Roca; 2004. p.71-84.
- <sup>13</sup> Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Revista de Saúde Pública 1991; 5: 341-49.

<sup>14</sup> Oliveira AJ. Terapia Ocupacional: perspectiva para a educação em saúde do trabalhador. In: Lancman S, organizador; Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional. São Paulo: Roca; 2004. p.1-18.

<sup>15</sup> Lancman S, Santos MC, Romero M, Bonequini RL. Informar para refletir: uma experiência de terapia ocupacional na prevenção de riscos à saúde do trabalhador. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo 2003; 14:1-9.

<sup>16</sup> Siqueira AR. A construção e a transformação do trabalho: um percurso coletivo. Mundo da Saúde 2004; 28:95-100.

<sup>17</sup> Lancman S, Queiroz MFF, Varela RCB. Estudo e intervenção no processo de trabalho em um restaurante universitário: em busca de novas metodologias. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. São Paulo 2000; 11:79-89.

<sup>18</sup> Medeiros MHR, Dakuzaku RY, Garves WC. A dor do trabalho: reflexões a partir de uma intervenção de terapia ocupacional junto a um grupo de trabalhadores dentro da indústria. Jornal Brasileiro de Psiquiatria 1999; 11:509-512.

<sup>19</sup> Emmel MLG, Matsukura TS, Martinez CMS, Castro CB. Qualidade de vida e promoção em saúde junto a trabalhadores: uma proposição de diagnóstico e intervenção em terapia ocupacional. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar 2002; 1:30-41.

<sup>20</sup> Siqueira AR, Queiroz MFF. Abordagem grupal em saúde do trabalhador. Mundo da Saúde 2001; 25: 411-9.

<sup>21</sup> Lancman S. Saúde mental e trabalho: repensando a ação em terapia ocupacional [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.

<sup>22</sup> Watanabe M, Gonçalves RMA. Relações conceituais entre terapia ocupacional e ergonomia. In: Lancman S, organizador; Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional. São Paulo: Roca; 2004. p.19-70.

<sup>23</sup> Oliveira AJ. Trabalho e saúde: uma questão da terapia ocupacional. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar 2000; 8:112-5.

<sup>24</sup> Lopes RE, Leão A. Terapeutas ocupacionais e os centros de convivência e cooperativas: novas ações de saúde. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo 2002; 2:56-63.

<sup>25</sup> Carreta RYD. Pessoas com deficiência organizando-se em cooperativas: uma alternativa de trabalho? [Tese Doutorado]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2004.

- <sup>26</sup> Ghirardi MIG, Lopes SR, Barros DD, Galvani D. Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores. *Interface* 2005; 18: 601-10.
- <sup>27</sup> Ghirardi MIG. Cooperativas de trabalho. In: Cavalcanti A, Galvão C, organizadores. *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p.291-293.
- <sup>28</sup> Minayo-Gómez C, Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública* 1997; 13 supl 2: 21-32.
- <sup>29</sup> Bechara-Maxta BS. *Terapia ocupacional e saúde do trabalhador: investigando o uso das atividades*. [Relatório de Pesquisa]. São Paulo: Universidade Federal de São Carlos; 2003.
- <sup>30</sup> Brito J. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006; 4:879-90.
- <sup>31</sup> Caponi S. Georges Canguilhem and the epistemological status of the concept of health. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* 1997; 2:287-307.
- <sup>32</sup> Laurell AC. Processo de trabalho e saúde. *Saúde em Debate* 1981;11:8-22.
- <sup>33</sup> Albuquerque PP. Autogestão. In: Cattani AD, organizador. *A outra economia*. Porto Alegre: Veraz Editores; 2003, p. 20-25.
- <sup>34</sup> Busnardo EA. Reinventando a lógica do trabalho: a economia solidária como instrumento de emancipação social. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
- <sup>35</sup> Antunes R. *Os sentidos do trabalho*. São Paulo:Boitempo; 2000.
- <sup>36</sup> França-Filho GC. A problemática da economia solidária: um novo modo de gestão pública? *Cadernos EBAPE* 2004; 1: 1-18.
- <sup>37</sup> Singer P. A Economia Solidária no Governo Federal. *Mercado de Trabalho* 2004; 24: 3-5.
- <sup>38</sup> Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Economia Solidária. *Anais I Conferência Nacional de Economia Solidária*. Brasília; 2006.
- <sup>39</sup> Laville JL. Fato Associativo e Economia Solidária. *Bahia Análise Dados* 2002, 1: 25-34.
- <sup>40</sup> França-Filho GC. Terceiro setor, economia social, economia solidária e economia popular: traçando fronteiras conceituais. *Bahia Análise Dados* 2002; 1: 9-19.

<sup>41</sup> Tiriba L. A economia popular solidária no Rio de Janeiro: tecendo os fios de uma nova cultura do trabalho. In: Singer P, Souza AR, organizadores. A Economia Solidária no Brasil. São Paulo: Contexto; 2000, p. 221-43.

<sup>42</sup> Rufino S. O processo produtivo autogestionário: a experiência da cooperativa do sabor. In: Souza AR, Cunha GC; Dakuzaku RY, organizadores. Uma outra economia é possível: Paul Singer e a economia solidária. São Paulo: Contexto; 2003. p.255-70.

<sup>43</sup> Lima Neto A. As cooperativas de trabalho como forma de intermediação de mão-de-obra e causa de subtração de direitos dos trabalhadores intermediados. [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2003.

<sup>44</sup> Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria Nacional de Economia Solidária. Sistema Nacional de Informações em Economia Solidária. Relatório Final. 2007.<http://www.mte.gov.br/Empregador/EconomiaSolidaria/Fase2/Relatorios/EmpreendimentoResumoNacional.asp?Numero=>

<sup>45</sup> Minayo-Gómez C, Thedim-Costa SMF. Empreendimentos econômicos solidários: uma via saudável na recuperação do sentido do trabalho. In: Minayo MCS, Coimbra-Junior CEA, organizadores. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005, p.519-30.

## **ANEXOS**

## ANEXO I

### **Roteiro de temas para a entrevista semi-estruturada com trabalhadores**

- I. Apresentação da pesquisa (temas e objetivos); explicação da categoria da pesquisa (estudo de mestrado); solicitação da contribuição dos participantes da pesquisa; apresentação do formulário de consentimento.
- II. História ocupacional (emprego formal, desemprego, trabalho informal);
- III. Motivos de entrada no empreendimento;
- IV. Descrição de sua experiência no empreendimento;
- V. Níveis de participação pessoal e caráter coletivo do trabalho;
- VI. Vantagens de fazer parte do empreendimento;
- VII. Dificuldades, desafios e estratégias utilizadas no trabalho autogestionário;
- VIII. Mudanças pessoais percebidas a partir da entrada no empreendimento;
- IX. Cuidados com a saúde; ligação da saúde com o trabalho autogestionário;
- X. Contribuição dada à gestão e organização do trabalho autogestionário;
- XI. Perspectiva de futuro de vida e trabalho.

## ANEXO II

### **Roteiro temático do grupo de discussões**

- I. Sobre a organização do grupo cooperativo no espaço do centro hospitalar;
- II. As características do trabalho e as questões da saúde dos cooperados;
- III. Relações entre a cooperativa e a instituição contratante;
- IV. Idéias e ações para melhorias das questões apresentadas;
- V. Importância do trabalho para as condições de vida dos cooperados.



### ANEXO III

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os sujeitos da pesquisa**

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa *Contribuição dos referenciais do campo da Saúde do Trabalhador para a abordagem da Terapia Ocupacional*.

Este estudo faz parte da dissertação de Mestrado de \_\_\_\_\_, aluno do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz. Esta pesquisa se propõe compreender suas atividades cotidianas e de trabalho e quais são suas problemáticas e necessidades em saúde, no sentido de pensar em contribuições, em especial, da Terapia Ocupacional para o trabalho em sua cooperativa.

Você foi selecionado (a) em virtude de ser integrante do empreendimento cooperativo eleito para o trabalho de campo desta pesquisa. Você poderá contribuir permitindo a observação do pesquisador de suas atividades cotidianas e de trabalho, através de entrevistas ou na participação de discussões sobre saúde e trabalho em grupos, em seu local de trabalho.

As situações observadas, as entrevistas e as discussões dos grupos, se permitidas, serão gravadas e registradas. Este material será posteriormente analisado e garantido sigilo absoluto sobre as questões respondidas, sendo resguardado seu nome, bem como a identificação do local da coleta de dados. A sua participação não trará nenhum prejuízo a você, nem à cooperativa de que faz parte.

A sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo ao pesquisador, ao seu empreendimento de trabalho, ou mesmo ao local em que desenvolve seu trabalho.

A divulgação do trabalho terá finalidade acadêmica. Esperamos contribuir para o seu trabalho na cooperativa, e ampliar o conhecimento sobre a saúde dos outros profissionais e trabalhadores envolvidos nos empreendimentos econômicos solidários.

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador. Você pode tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação quando achar necessário.

---

Pesquisador

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Sujeito da pesquisa

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2005