

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
DA FAMÍLIA**

**GRUPO OPERATIVO: ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO
TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

VANESSA RIBEIRO

CAMPOS GERAIS-MG

2012

VANESSA RIBEIRO

**GRUPO OPERATIVO: ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO
TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, Programa Ágora, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Dra. Celina Camilo de Oliveira

CAMPOS GERAIS-MG

2012

VANESSA RIBEIRO

**GRUPO OPERATIVO: ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO
TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, Programa Ágora, para obtenção do Certificado de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profª Dra. Celina Camilo de Oliveira

BANCA EXAMINADORA:

1. Profª Dra. Celina Camilo de Oliveira (Orientadora)

2 Profª Eulita Maria Barcelos (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte: 11/08/2012

Dedico este trabalho à Deus, pois tudo é Dele e por Ele.

AGRADECIMENTOS

À tutora Erika Fátima Silva Oliveira pelo aprendizado e compreensão

À minha família pela motivação e às amigas que partilharam comigo a busca pelo conhecimento

À Prof^a Dra. Celina Camilo de Oliveira pelo estímulo e acolhimento

Podemos guardar o conhecimento e de todo coração acreditar naquilo que nos propomos a fazer. Que nossos atos possam se basear no que é necessário, e sem hesitação observar as exortações e aquilo que nos rege. E se nada e ninguém conspirar a favor, então, a começar em mim! (Vanessa Ribeiro)

RESUMO

O presente estudo aborda o tema grupos operativos dentro da Atenção Primária à saúde, como ferramenta de trabalho na Promoção da Saúde do Trabalhador. Tem como objetivo identificar os estudos que abordam os grupos operativos para a promoção da Saúde do Trabalhador. Foi realizada pesquisa bibliográfica, através de uma revisão narrativa do conhecimento disponível na literatura científica sobre grupos operativos voltados para a promoção da saúde do trabalhador. De posse do arcabouço teórico penso na estratégia para se promover a saúde do trabalhador pelas equipes de saúde da família como área de atuação da atenção primária. Utilizou-se a realidade local no processo de trabalho para a escolha do tema. O estudo aponta as necessidades e benefícios em se promover a saúde nas comunidades usando de grupos operativos para educação em saúde. Analisa a aplicabilidade de grupos operativos como estratégia para promoção da saúde do trabalhador. Os resultados do trabalho confirmam a necessidade de desenvolvimento das técnicas grupais para qualidade de vida dos trabalhadores e a importância do planejamento para trabalhar de forma consistente com a população.

Palavras Chaves: Grupos operativos. Saúde do trabalhador. Atenção primária.

ABSTRACT

The present study addresses the theme groups operating within the Primary Health, as a working tool in the Promotion of Occupational Health. Aims to identify studies that address the operational groups for the promotion of Occupational Health. Bibliographic search was performed through a narrative review of available knowledge in the scientific literature on operational groups focused on health promotion worker. Having the theoretical framework I think of the strategy to promote workers' health by family health teams as an area of activity in primary care. We used the local reality in the work process for choosing the theme. The study points out the needs and benefits to promote health in communities using operative groups for health education. Analyzes the applicability of operative groups as a strategy for health promotion worker. The results of the study confirm the need for development of group techniques for quality of life of workers and the importance of planning to work consistently with the population.

Keywords: Operational groups. Occupational health. Primary care

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| CEREST | Centro de Referência em Saúde do Trabalhador |
| COSAT | Coordenadoria de Saúde do Trabalhador |
| CNDSS | Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde |
| DSS | Determinantes Sócios de Saúde |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| NOST | Norma Operacional de Saúde do Trabalhador |
| OPAS | Organização Pan Americana de Saúde |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| RENAST | Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

LISTA DE FIGURA

| | |
|--|----|
| Figura 1- Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)..... | 19 |
|--|----|

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 OBJETIVO..... | 13 |
| 3 METODOLOGIA..... | 144 |
| 4 ANÁLISE DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 155 |
| 4.1 Contexto e Delimitação | 155 |
| 4.2 Onde a Saúde do Trabalhador se encaixa no SUS? | 177 |
| 4.2.1 <i>Breve Evolução Histórica da Atenção Primária</i> | 16 |
| 4.2.2 <i>A atenção primária sob a ótica dos determinantes sociais de saúde</i> | 17 |
| 4.3 Paralelismo entre Atenção Primária e Saúde do Trabalhador..... | 20 |
| 4.4 Grupos operativos – referencial teórico..... | 23 |
| 4.5 Grupo operativo como estratégia da saúde coletiva..... | 24 |
| 4.6 O trabalhador na roda..... | 26 |
| 5 CONDISERAÇÕES FINAIS | 30 |
| REFERÊNCIAS | 31 |

1 INTRODUÇÃO

No Sistema Único de Saúde a promoção da saúde é atribuída, primordialmente, à Atenção Primária à Saúde porque esta é o primeiro nível de atenção e uma das importantes portas de entrada da população no grande sistema. Para isso, as ações educativas são instrumentos de imensurável valia que devem ser desenvolvidos pelas equipes por proporcionarem envolvimento coletivo e participação ativa da população, e por contribuírem para intervenções sobre inúmeros determinantes sociais de saúde atinentes às pessoas no que concerne ao processo saúde-doença.

No entendimento de que o trabalho influi sobre a vida e a morte, emerge a preocupação dos profissionais de Saúde Coletiva em promover a Saúde dos Trabalhadores. O uso da estratégia de grupos operativos para este propósito se torna uma estratégia salutar para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, uma vez que são crescentes os problemas de saúde da população relacionados ao trabalho, causando considerável impacto na Saúde Pública, que é agravado pelo desconhecimento de muitos aspectos e questões relacionadas a essa realidade.

A equipe de saúde Central 3, da estratégia saúde da família, atuante no município de Conceição da Aparecida-MG, apresenta considerável dificuldade em realizar a promoção da saúde do trabalhador. O módulo “Saúde do Trabalhador” (Silveira, Andréa Maria, 2009), do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família, do Programa Ágora, da Universidade Federal de Minas Gerais, permitiu o surgimento de uma reflexão mais profunda na proposta de pensar a saúde do trabalhador na atenção básica.

Como líder de equipe e enfermeira responsável pela realização de ações de saúde através de equipe multidisciplinar, optei pelo caminho de descobrir meios, partindo da utopia para pensar ações concretas para a promoção da saúde dos trabalhadores. Apesar de reconhecer a dificuldade da Equipe Central 3 em realizar ações na área de saúde do trabalhador não abandonei o meu caminho. Reconheço também o fato de haver programas

e projetos que respondem, insatisfatoriamente, a Vigilância da Saúde do Trabalhador no município de Conceição da Aparecida-MG. Ao contemplar este mapa contextual, voltei a insistir na possibilidade de refletir os conceitos e buscar formas de reinventar caminhos para a aplicabilidade do grupo operativo como uma estratégia possível para os profissionais de saúde. A visão de saúde coletiva permite recriar a assistência exigida pelas Políticas Públicas de Saúde no Brasil, e oportunidade de fazer da Saúde do Trabalhador uma prioridade.

2 OBJETIVO

Identificar os estudos que abordam os grupos operativos para a promoção da Saúde do Trabalhador.

3 METODOLOGIA

Para a realização desse trabalho, optou-se por uma pesquisa bibliográfica, através de uma revisão narrativa do conhecimento disponível na literatura científica sobre grupos operativos voltados para a promoção da saúde do trabalhador. Esta pesquisa bibliográfica incluiu a revisão de artigos indexados na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através da via de acesso internet.

A busca foi realizada com os seguintes unitermos, isolados ou em associação: grupo, grupos operativos, saúde do trabalhador, processos grupais, prevenção, importância, ações de saúde.

Delimitou-se como critério de inclusão:

- Artigos publicados em periódicos nacionais;
- Artigos disponibilizados com texto completo.
- Artigos que responderam ao que foi proposto nos objetivos deste estudo;
- Todos os artigos independentes do método de pesquisa utilizados;
- Inclusão de livros e teses sobre o assunto.

4 ANÁLISE DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

De posse do material pesquisado foram realizadas diversas leituras que me permitiram estruturar o trabalho e produzir um texto que passa a compor uma reflexão para o Trabalho de Conclusão de Curso. Apresento a seguir de forma organizada a divisão dos sub temas.

4.1 Contexto e delimitação da Saúde do Trabalhador

O Brasil passou de uma economia agrária e de mineração para uma economia industrial e comercial, culminando em muitos problemas de difícil resolutividade. Neste cenário de desenvolvimento aparecem o desemprego, o trabalho informal e a exclusão de pessoas do mercado de trabalho. Estes elementos passam a constituir riscos para a saúde dos cidadãos, levando a crer que as doenças ocupacionais possam exacerbar ainda mais os problemas sociais (GIATTI e BARRETO, 2006).

A presença de algumas doenças já controladas em países desenvolvidos, bem como doenças relacionadas ao trabalho, e também a combinação de formas diferenciadas de organização do trabalho, acaba por determinar altos níveis de exposição a diversos perigos (GÓMEZ e LACAZ, 2005).

As estatísticas nacionais e os dados epidemiológicos ainda não são considerados fidedignos. O Ministério da Previdência Social produz relatórios anuais, que se limitam aos trabalhadores formais, excluindo os empregados públicos, civis e militares. Os dados do Sistema Único de Saúde (SUS), a respeito de lesões e doenças relacionadas ao trabalho, até o começo da década, apresentam-se de baixa confiabilidade, apesar da obrigação legal de relatá-los às autoridades de saúde pública (BINDER e CORDEIRO, 2003).

De acordo com os dados oficiais referentes apenas aos trabalhadores formais, houve aumento do número de trabalhadores que morreram em 2005 e, aproximadamente, 500.000 se afastaram do trabalho, passando a depender do seguro do trabalhador. (SANTANA *et al.*, 2005). Entretanto, esta tendência foi interpretada como resultante do aumento do setor terciário (também conhecido como serviços, no contexto da economia, envolve a comercialização de produtos em geral, e o oferecimento de serviços comerciais, pessoais ou comunitários, a terceiros), considerados como de baixo risco ocupacional e pelo deslocamento dos trabalhadores formais para a economia informal (WÜNSCH FILHO, 2004). Adicionalmente, esta tendência de declínio foi também atribuída a mudanças no

sistema de notificação, uma vez que não foram adotadas no país ações eficientes de prevenção (FACHINI *et al.*, 2005).

Não é clara nenhuma evidência de os trabalhadores informais estarem sob risco aumentado de acidentes ocupacionais não fatais, quando comparados aos trabalhadores formais, indicando que as condições do trabalho são precárias tanto para trabalhadores informais como formais, conforme destacam vários autores (BARATA *et al.*, 2000; SANTANA, 2005; BARBIN JÚNIOR e MARTINI, 2006). Entretanto, patologias mentais são mais comuns entre trabalhadores informais como caracterizado por alguns autores (LURDERMIR, 2003; SANTANA *et al.*, 2005). É significativo o número de mortes relacionadas ao trabalho, representadas nas estatísticas como homicídios ou acidentes de trânsito, contribuindo para o sub-registro desses acidentes no Brasil. Essas informações deixam claro, que a quantidade de doenças por trabalho não é, de fato, conhecida (HENNINGTON *et al.*, 2004).

São plausíveis os avanços do SUS quanto à oferta de seus serviços, porém se observam importantes desigualdades quando observamos a posição social dos indivíduos. Observando o caráter executor do nível municipal, é possível pensar na concretude da saúde do cidadão trabalhador. Dentro no espaço do município é na Estratégia de Saúde da Família o local onde se pode iniciar um movimento de pensar os efeitos do trabalho na vida humana. Os profissionais de Estratégia de Saúde da Família (ESF) podem identificar as atividades e o perfil dos trabalhadores que vivem na área de abrangência onde a equipe desenvolve o seu trabalho. É essencial para a realização de um bom diagnóstico situacional, o olhar sobre todas as faixas etárias, os gêneros e o trabalho predominante no município. O diagnóstico deve embasar o plano de ação da equipe, e assim, o planejamento de ações de Saúde do Trabalhador (MINAS GERAIS, 2009a).

Entre as ações estabelecidas para serem implementadas a curto e médio prazo pela Atenção Primária, por meio da ESF, o conceito de promoção da saúde torna-se fundamental a apreciação do desenvolvimento de ações educativas. Através desta ações é possível fazer um trilhamento para contribuir para uma construção de equidade para atuar sobre os determinantes sociais de saúde.

O Ministério da Saúde resolveu, em 2004, instituir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a área, visando à transformação das práticas educacionais em saúde. Então, é digna a reflexão das práticas educativas em saúde a serem realizadas pela ESF, devido a uma visão coletiva de assistência, exigida pelas Políticas Públicas de Saúde no Brasil, e também, pelo fato de haver programas e projetos que respondem insatisfatoriamente a população a que foram dirigidos (BRASIL, 2005).

4.2 Onde a Saúde do Trabalhador se encaixa no SUS?

4.2.1 Breve Evolução Histórica da Atenção Primária

Em fins da década de 70 e início da década de 80 os anseios por saúde e vida digna na visão da população, implicaram movimentos da população e dos profissionais da saúde para garantir mobilizações por políticas públicas para esta finalidade, gerando o que foi denominado Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e que culminou na criação do SUS. A essa altura a saúde é garantida como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2010).

Em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a princípio uma estratégia de Governo, foi criado com o intuito de diminuir os índices de mortalidade materna e infantil no Norte e Nordeste do país e estender a cobertura das ações de saúde para esta população. Foi ampliado de tal maneira que originou a formação de equipes do Programa Saúde da Família. A Política Nacional de Atenção Primária à Saúde (PNAPS), cuja Portaria Nº. 648/GM de 28 de março de 2006 faz revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Primária, de forma que fosse implantada através da ESF e PACS. (BRASIL.2006) Neste contexto, o Ministério da Saúde, juntamente com Estados e Municípios firmaram o Pacto pela Saúde com o objetivo de atualizar a forma organizacional do SUS, elevando sua efetividade ao ser constituído por três sustentáculos: o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS. Em suma, este compromisso entre os gestores de saúde reforça o SUS como política de Estado, define as responsabilidades sanitárias de cada instância gestora do SUS, prioriza o fortalecimento da Atenção Primária e a consolidação da ESF, considerando as diversas necessidades para o desenvolvimento das ações e do financiamento destas pelas três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2006a). Tais iniciativas levaram o Brasil em 2010, a contar com aproximadamente 97 milhões de brasileiros cobertos por serviços e ações desenvolvidas por equipes de saúde multiprofissionais (BRASIL, 2010).

4.2.2 A atenção primária sob a ótica dos determinantes sociais de saúde

A Atenção Primária é considerada como uma das “portas de entrada” da população no Sistema de Saúde Brasileiro. Conceitualmente, é aquela que permite a

entrada ao Sistema de Saúde, focando atenção específica para cada usuário de forma longitudinal (STARFIELD, 2002).

Também de forma cabal, a “Atenção Primária” é descrita pela Organização Pan Americana de Saúde como responsável a responder às necessidades de saúde da população com qualidade, com justiça social e com sustentabilidade, de forma a promover a participação popular, institucional e inter-setorial (OPAS, 2007).

Todos os pontos de atenção são essenciais para o alcance do escopo das redes, e as ações de atenção primária deixam de ser consideradas como triviais e entendidas como de grande complexidade, apesar de possuírem densidade tecnológica diminuída, comparada com pontos de atenção secundários e terciários da rede. O Sistema de Saúde organizado dessa forma dispõe a Atenção Primária como coordenador e organizador dos fluxos e contra-fluxos do sistema de serviços, possuindo o centro comunicador da rede, constitui-se de população, componentes e modelos de atenção à saúde, ao contrário do sistema hierárquico piramidal da atenção à saúde (MINAS GERAIS, 2009 b).

Portanto, a notoriedade das redes de atenção se dá, a saber, que as condições agudas, prevalentes no sistema de saúde fragmentado por respondê-las, e as condições crônicas, negligenciadas por ele, constitue campo de atuação das redes, concomitantemente. A análise das condições crônicas no mundo revela maior ônus em relação a outras doenças e aderência insatisfatória a tratamentos, deixando claro que a Atenção Primária deve controlar as doenças e agravos de maior influência sobre os indivíduos, portanto, as doenças crônicas, já visando diminuição dos episódios agudos destas, através de tecnologias e instrumentos próprios e complexos, uma vez que esta situação é complexa (MINAS GERAIS, 2009b).

Os serviços de saúde da Atenção Primária possuem inúmeros objetivos definidos pela legislação para otimizar suas atuações em favor de toda a população, tendo como foco cumprir a Política Nacional de Promoção da saúde, que propõe intervenções em três eixos temáticos, a saber: modos de viver das pessoas, condições e relações de trabalho e ambiente (CAMPOS, 2004).

Neste âmbito, as condições de saúde de uma comunidade estão associadas às características ambientais, aos comportamentos que os indivíduos adotam para viverem e a organização social a que estão dispostos, e o mesmo ocorre para as condições sociais, como renda, educação e oportunidades de trabalho disponíveis, sendo todos esses fatores entendidos como determinantes de saúde e doença que interferem na prevenção de morte, morbidades e incapacitações ao relacionar e/ou interligar causas a conseqüências entre si como uma cadeia de fluxos e contra fluxos, caracterizando a saúde e a doença, explicitando o contexto ecológico, experiências e exposições individuais a produtos químicos e agentes

infecciosos associados a comportamentos e hábitos de vida que elevam os riscos a saúde, bem como o estresse, condições e posições sociais, percepção pessoal diminuída, isolamento social e atenção preventiva reduzida. Dentre vários e excepcionais modelos presentes na literatura que retratam os DSS, o *modelo de Dahlgren e Whitehead*, escolhido para este trabalho, inclui os DSS distribuídos em camadas, desde uma camada mais próxima aos indivíduos àquela mais distante. Como se pode observar na figura 1, os indivíduos estão situados na base com suas peculiaridades e/ou características próprias, não descartando o poder de influência destas. Logo, é ilustrado o comportamento e os estilos de vida pessoais, uma vez que são dependentes de escolhas também pessoais. A camada seguinte evidencia a influência das redes comunitárias e de apoio e a seguir estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, acesso a alimentos, ambientes e serviços, como saúde e educação. Por último nível estão situados os determinantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade que causam impacto sobre as outras camadas do modelo (COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES DE SOCIAIS DE SAÚDE, 2008).



Figura 1. Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)

Foi criada uma Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), formada em 13 de março de 2006, através de Decreto Presidencial, com um mandato de dois anos, com o objetivo de promover a tomada de consciência sobre a relevância dos determinantes sociais sobre a situação de saúde dos indivíduos, bem como a necessidade de se combater as iniquidades de saúde ocasionadas por eles. Em 2008, a CNDSS publicou um relatório final, intitulado em “AS CAUSAS SOCIAIS DAS INIQUIDADES EM SAÚDE NO BRASIL”. Em suma, este documento apresenta contribuição enriquecedora acerca dos DDS ao retratar a situação de saúde do país, carregando em si a possibilidade de

proposição de políticas, programas e intervenções relacionadas aos DSS. O enaltecimento de teorias e meios que indiquem o caminho para se estreitar as chances de se adquirir doenças tem sido considerado importante por parte da sociedade, mas de forma oponente a isso, são irrevogáveis os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, que funcionam como barreiras para o SUS na sua luta em garantir do direito à saúde (COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES DE SOCIAIS DE SAÚDE, 2008).

Como estratégia de imensurável valia, a promoção da saúde permite articular políticas públicas, com o intuito de interferir nas necessidades sociais e induzir os trabalhadores da Atenção Primária a alterarem suas posturas diante das mesmas. Por conseguinte, o empenho dos profissionais, usuários e gestores em desenvolver e exercer essa cultura institucional exige simultaneamente, recursos variados, e na ausência destes, a inter-setorialidade se torna prejudicada se pensarmos que o setor saúde é o enunciador fundamental em expandir conceitos de saúde e problemas sanitários a outros setores, para que estes transformem seus modos de operar, uma vez, que as ações de promoção da saúde visam co-responsabilizar diversos setores e sociedade pela saúde (BRASIL, 2006 a).

Há de se convir, e sobrepor a toda esta reflexão, que a saúde é de responsabilidade ímpar do ser humano, garantido por sistema de saúde que também disponha de qualidade para isso, de modo que projetos e processos de trabalho se tornem fiéis aos seus princípios, se tornando armas poderosas no combate aos DSS que interferem no processo saúde-doença, centralizando a saúde nos indivíduos. Assim, se torna evidente e urgente que as ações e serviços oferecidos e os personagens envolvidos, não só tenham a compreensão, mas condutas proativas e reativas que se complementem, frente à constelação dos DSS (COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES DE SOCIAIS DE SAÚDE, 2008).

4.3 Paralelismo entre Atenção Primária e Saúde do Trabalhador

Após a 2ª Guerra Mundial estabeleceu-se um paradoxo acerca da assistência a Saúde do Trabalhador com a progressão da Medicina do Trabalho para a Saúde Ocupacional, sendo que aquela visava apenas o patológico e sustentava-se na causa única e no ambiente, a última idealiza integralmente o ser humano sob riscos considerando que múltiplas causas cooperam para o adoecimento. Após a década de 70, as duas áreas foram alvo de vasta série de questionamentos, levando a uma reflexão sobre o campo de atuação dessas especialidades. Em suma, as discussões se estreitaram ao ponto de se defender o

princípio de que os DSS interferem adversamente no organismo, emergindo novas discussões, e como um marco de entendimento, todo trabalhador e o trabalho passam a ser vistos como dignos de assistência e vigilância, por se iniciar a compreensão de todas as conexões de fatores que facilitavam ou não o adoecimento e morte, bem como dos impactos gerados pelos processos de trabalho e por toda a era de transformações industriais e econômicas pelas quais o mundo atravessava (CAVALCANTE, 2008).

As ações de Saúde do Trabalhador passaram a ser pensadas e planejadas como campo de atuação da Atenção Primária em 1998, época de grande expansão desta, eventualmente, devido o Ministério da Saúde ter se deparado com as inúmeras dificuldades em praticá-las e a necessidade de se instituir a Política de Saúde do Trabalhador para o SUS. O fato de a Atenção Primária se organizar com base em territorialidade, permitiu novas percepções acerca de ações em Saúde do Trabalhador, pois as equipes de ESF conseguem assim, oferecer assistência a saúde incomparável com aquela oferecida à população por outros serviços de saúde. Nesse mesmo ano a Portaria 3.120, que define a Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador (NOST) foi publicada. Em 1999 houve o início da elaboração de instrumentos e materiais pedagógicos para capacitação das equipes de atenção primária em Saúde do Trabalhador. Como resultados surgiram: Caderno nº 5 de Saúde do Trabalhador, Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho, Módulo Instrucional de Capacitação da Rede Primária de Saúde do SUS, Plano de Ação da COSAT (Coordenadoria de Saúde do Trabalhador) (CAVALCANTE, 2008).

A criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) introduziu a Saúde do Trabalhador no SUS. O ensejo de captar recursos mensais, repassados diretamente pelo Fundo Nacional de Saúde, para os Centros regionais e estaduais foi decisivo para o sucesso da proposta RENAST. Assim, em 2003 a RENAST foi considerada como a principal estratégia para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS. Esta rede está estruturada a partir de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de abrangência estadual, regional ou municipal, responsáveis pelo desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, de assistência, bem como, diagnóstico, tratamento e reabilitação, de vigilância dos ambientes de trabalho, de formação de recursos humanos e de orientação aos trabalhadores, em articulação com a rede de atenção do SUS (CAVALCANTE, 2008).

Realizada em 2005, a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador propôs discutir os avanços e dificuldades no processo de consolidação da Saúde do Trabalhador no SUS. A possibilidade de incorporar às agendas de saúde nacional, estadual e municipal as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária e nos serviços de Urgência e Emergência, por serem ditos como portas de entrada do sistema de saúde, bem como nos de média e alta complexidade, foram questões levantadas durante a Conferência (Brasil,

2005). Teve como finalidade demonstrar o resultado de pesquisa realizada para Coordenadores Estaduais de Saúde do Trabalhador e dirigentes estaduais de Saúde Ambiental em 27 estados brasileiros em 2010, sobre ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária. É sabido que estas ainda são incipientes, com ênfase em planejamento e desenvolvimento de processos de capacitações direcionadas aos profissionais da Atenção Primária, sobre as relações Saúde-Trabalho e os Protocolos de Cuidado da Saúde do Trabalhador preparados pelo Ministério da Saúde. Porém, no nível regional foi possível verificar a existência de ações voltadas ao cuidado dos trabalhadores, visto que apesar da presença de muitas dificuldades não tem impedido as ações de Saúde do Trabalhador em culminar na Atenção Primária (COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES DE SOCIAIS DE SAÚDE, 2008).

Em 2007 o Pacto pela Saúde incluiu a Saúde do Trabalhador como prioridade nacional, que se manteve em 2008, porém agora inserido como área prioritária do Pacto pela Vida, que define os objetivos, metas e indicadores para avaliação e monitoramento, se estendendo ao biênio 2010-2011 como prioridade VII, e propõe a intensificação de identificação do número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador que constam na Portaria GM/MS nº. 777 de 28 de abril de 2004, através da rede de serviços sentinela em Saúde do Trabalhador, considerando como tais as equipes de ESF.

Ao ser publicado nesse mesmo ano, "O Mais Saúde - Direito de Todos" (2008-2011), definiu 86 metas e 208 ações, por áreas de intervenção: Promoção da Saúde, Atenção, Complexo Industrial, Força de Trabalho, Qualificação da Gestão, Participação e Controle Social, Cooperação Internacional e Saneamento, e nele a Saúde do Trabalhador é parte integrante do eixo da Promoção da Saúde. Algumas metas foram atingidas em detrimento de outras, porém houve aumento dos CEREST(BRASIL.2010)

A Portaria de Nº 2.728 de setembro de 2009 reformulou a configuração da RENAST, adequando-a as prescrições do Pacto pela Saúde de 2006. Entre as atribuições do Ministério da Saúde estão: a definição das diretrizes para a regulação e a pactuação das ações, além do apoio político, financeiro e técnico para a inserção das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária, Urgência/Emergência, Rede Hospitalar, Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental (BRASIL, 2009).

O Estado e regiões são responsáveis por definir diretrizes, regulação e pactuação das ações de Saúde do Trabalhador. A esfera estadual tem a atribuição de definir protocolos que promovam a integralidade, a educação continuada e a supervisão em serviço, bem como as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, propor as linhas de cuidado para os agravos de notificação compulsória conforme Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004. As Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis por definir diretrizes, regular, pactuar e executar as ações de

Saúde do Trabalhador, baseadas na Atenção Primária. O planejamento e a hierarquização das ações na Atenção Primária devem considerar o perfil produtivo e a situação epidemiológica, e serem explicitados no Plano Municipal de Saúde. Os processos de capacitação são ofertados pela Secretaria Estadual de Saúde e CEREST (BRASIL, 2009).

O apoio às ações de Saúde do Trabalhador deve ser dado, entre outros meios, pela definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado, definição dos fluxos na rede de serviços e de outros instrumentos de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo a reabilitação e os procedimentos de referência e contra-referência, sempre aprovados nas instâncias municipais de controle (BRASIL, 2009). A vigente Portaria da RENAST define como atribuição dos CEREST, o apoio técnico na implantação de ações.

Com intenção de não subestimar ou negar os avanços, é considerável compreender que os serviços de Saúde do Trabalhador no Brasil encontram entraves diversos por não estar dispostos e calcados sob os princípios das redes de atenção a saúde, de atuação limitada, e assim os resultados apresentam-se insatisfatórios. Este cenário é consideravelmente influenciado pela banalização da Saúde do Trabalhador, pelos próprios profissionais, serviços e instituições, cooperando para a inviabilização da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

4.4 Grupos operativos – referencial teórico

Encontra-se na literatura, conceitos de grupo sob diversos olhares. Paulo Freire após sua experiência em educar de forma participativa, vários trabalhadores rurais em 45 dias, e após algum tempo, criar os *Círculos de Cultura*, que em suma, eram grupos de pessoas que juntos com um coordenador, debatiam temas de interesse para elas, dissipou a crença em que é preciso viabilizar uma compreensão mais crítica de algum tema proposto pelas pessoas, e que as levando a exercer a problematização da realidade, elas conseguem escolher o caminho desejado ao invés de seguir algo já estabelecido, imposto. Nesse âmbito, é sentido um chamado a atenção para o aprofundamento das teorias que regem os grupos operativos (SIMÕES, 2006), os considerados como uma união de pessoas, que com o tempo e em um espaço se dispõem a cumprir uma tarefa que deve ser explícita e definida pelos próprios integrantes (PICHÓN, 2005).

O grupo operativo foi introduzido na década de 40 por Enrique Pichon-Rivière, médico psiquiatra argentino, considerado precursor da psicologia social. Devido às relações que se desenvolvem nos grupos, os participantes sofrem transformações através de um movimento dialético, sempre em direção ao alcance de uma tarefa, de forma que o processo

para se chegar a ela, delineado por *insight*, é o que realmente a concretiza, não havendo lugar para o senso comum (PICHÓN, 2005). Então, a tarefa (explícita) induz os participantes a interagirem com suas histórias e a partir delas todos os sentimentos de resistência a mudança (implícito), que colocam em risco o alcance da tarefa, são elaborados (GAYOTTO e DOMINGUES, 1995), portanto um grupo se constrói não só através das conversas sobre ele, bem como da forma como as pessoas se reportam a ele, mas principalmente conforme as relações que ocorrem dentro dele, criando assim a realidade social do grupo (CAMARGO-BORGES, 2009).

Os grupos operativos podem ser ditos também, como um conjunto de pessoas capazes de se reconhecerem em suas singularidades e se encontrarem sob uma mesma perspectiva, aprendem a pensar juntas e a encontrar soluções para as dificuldades, explorando suas experiências (OSÓRIO, 2003; GAYOTTO *et al.*, 2001). Podem ser classificados em conformidade ao seu objetivo, assim podem ser de: ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários, terapêuticos e de reflexão. Como um dos significados de “estratégia” se dá como a arte em dirigir coisas complexas, então, considera-se os grupos operativos como tal. Sendo assim, se faz urgente, necessário e vantajoso a reflexão de preceitos teóricos sobre grupos (ALONSO, 1999), já que eles proporcionam educação para construção da cidadania, a socialização de informações, o envolvimento na tomada de decisões dentro de um processo de diagnóstico, o planejamento e a execução de projetos. Visam o alcance de objetivos comuns, originam capacidade e poder para enfrentar e resolver problemas que atingem a todos (NETZ, 2006).

4.5 Grupo operativo como estratégia da saúde coletiva

A educação em saúde coletiva implica promoção da saúde, prevenção de doenças, bem como um meio a contribuir para o tratamento precoce e eficaz das doenças, amenizando o sofrimento, e possibilitando a Atenção Primária estabelecer atividades que os profissionais de saúde podem realizar nas unidades de saúde, nas instituições tanto públicas quanto privadas e nos espaços comunitários (WITT, 2005). Devido ao seu caráter comunitário a Estratégia de Saúde da Família é facilitadora nas intervenções sobre os Determinantes Sociais de Saúde interferentes no processo de saúde-doença. Ao exercer a estratégia de grupos operativos, as equipes de saúde valorizam o saber dos profissionais e dos participantes, firmando o trabalho sob os princípios, diretrizes e objetivos do SUS. Prevalentemente, esses grupos são direcionados a pessoas que são assistidas por programas de saúde, a princípio aos portadores de diabetes e hipertensão, porém, devido o seu caráter indutor de mudanças, ampliou-se o campo de ação. Assim, almeja-se que haja

diminuição da procura dos usuários por atendimentos unicamente curativos nas unidades de saúde, por aumentar a responsabilidade individual pela saúde, já contemplando os objetivos da Estratégia de Saúde da Família. É válido destacar que o profissional de saúde precisa identificar sabiamente as situações e/ou condições que exijam um trabalho de educação em saúde, com a percepção viva de que os indivíduos possuem necessidades biológicas, sociais e subjetivas, assim, nem todas as ações educativas em saúde e processos de trabalho podem se basear somente em dados e informações epidemiológicas (CAMARGO-BORGES, 2009).

Em grupos operativos os participantes podem se expressar, defender pontos de vista, ouvir os outros participantes, assimilar idéias expostas e exercer a comunicação, ao passo que eles também sejam fonte de informação e sujeitos reflexivos, objetivando o desenvolvimento da autonomia (SILVEIRA, 2004). A lógica deste tipo de trabalho, mais do que informar, é a de ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas do grupo sobre os seus modos de vida, e conseguir a cisão da relação vertical entre profissional de saúde e usuário. A estratégia é instrutiva para o profissional de saúde no enfrentamento de doenças prevalentes, devido à expectativa de que os benefícios esperados culminem em auto-cuidado, em adesão a tratamentos, em fortalecimento de vínculos com as equipes de saúde (PEREIRA *et al.*, 2002), ou seja, as pessoas compreendem que no grupo, é possível aprender o cuidado com a saúde, mas vale ressaltar que mesmo produzindo o aprendizado para melhor aceitabilidade de uma doença, ou qualquer outra condição, ele acontece vagarosamente, exigindo que se mantenha sempre viva a possibilidade de se aprender algo a cada encontro, corroborando as teorias de Pichon-Rivière (ALMEIDA, 2006). No sentido de cooperar com o êxito, é prudente e vantajoso que o coordenador de grupo relativize seu conhecimento e suas experiências com a prática do ensino (SILVA *et al.*, 2003) de forma a impedir resultados negativos como a baixa resolutividade do grupo, baixa adesão por insatisfação, bem como desmotivação da equipe de saúde com tal estratégia (MUNARI, 1997).

A maioria dos profissionais parece superar as limitações e/ou dificuldades na realização dos grupos, alcançando seus objetivos como a melhora do controle das doenças não transmissíveis, adesão a tratamentos e responsabilização pelo cuidado por parte dos usuários que passam a demonstrar maior confiabilidade no serviço e no relacionamento entre usuário e ESF, mas torna-se útil lembrar, que é indispensável o estabelecimento do vínculo, com profissionais comprometidos com as pessoas, conhecendo-as em integralidade, cultivando a convivência com os usuários, para que dessa forma se contribua satisfatoriamente para a manutenção dos grupos (FERNANDES, 2007), uma vez que a forte tendência em exercer a comunicação de formas muito superficiais e de aos poucos o

contato pessoal está sendo desvalorizado, está predispondo as pessoas ao isolamento, a auto-suficiência, em supervalorizar o tempo que não pode ser perdido.

Tal estratégia tem levado os profissionais de saúde coletiva a serem transformados por ela, passando a interagir e a se envolverem espontaneamente com os participantes, e estes proporcionalmente, passam a se comprometerem com mais afinco com a saúde local, e assim, pode-se notar que essas conclusões se devem ao vínculo cultivado, confirmando-o como imprescindível (CAMARGO-BORGES, 2009).

Dias (2009) ao comprovar os resultados satisfatórios da estratégia de grupos operativos, propôs um protocolo, de modo a ampliar a manutenção dela, enfatizando sua eficácia, caracterizando a Atenção Primária como local de pleno exercício de escuta dos usuários e garantidor da concretização do princípio da integralidade preconizado pela Lei 8080/90.

4.6 O trabalhador na roda

Ao refletir sobre a estratégia de grupo, Campos (2000, p. 145) indagou:

[...] pensar o mundo do trabalho, ou as organizações em geral, também como espaços para construção de novas subjetividades, nas quais, por meio da participação no governo, na gestão e na invenção de novas lógicas e estruturas organizacionais, os grupos fossem adquirindo maior capacidade de análise da realidade e de si mesmos, bem como maior capacidade de intervenção nessa própria realidade?

Como o grupo é um método que inclui contradições, devido à compreensão da necessidade de mudanças, e por envolver muitos saberes em saúde, além de estar envolvida com a prática, faz com que o grupo permita intervenções nos coletivos em suas práticas, para defender a vida, e por vezes, os profissionais de saúde tendem a modificar a subjetividade dominante dos sujeitos, podendo promover ou não a autonomia. Então, a estratégia de grupo propõe que se produza saúde através das práticas de saúde com os usuários, e não sobre eles, aumentando a troca de conhecimento acerca dos problemas e agindo sobre eles da melhor forma possível (CAMPOS, 2007).

O reconhecimento do trabalho com grupos operativos para a promoção da Saúde do Trabalhador, se manifesta devido à compreensão de todo o contexto dos Determinantes Sociais de Saúde, associados à exposição da população trabalhadora a eles. Portanto, a ESF busca responder ao desafio que é imposto pela vida cotidiana, fazendo desses grupos meios de fortalecimento, com o comprometimento de todos, cooperando para

a contínua implantação do SUS, com a otimização dos programas e projetos voltados a população trabalhadora, uma vez que todos os profissionais de saúde ao optarem por atuar na área, deixam subentendido o interesse pela produção da saúde (CAMPOS, 2007).

A partir dessa perspectiva, o *empoderamento* do grupo, acerca de informação e educação em direitos, exercício de cidadania e promoção de saúde, empossado pelo sentimento de solidariedade, é capaz de incitar o desenvolvimento de posturas críticas e ações que transformem a realidade. Neste sentido, um dos primeiros objetivos é a superação da inércia em perceber a subjetividade do trabalho que se constitui em empecilho para a promoção da saúde, por manter uma visão simplista das causas de doenças e agravos ocupacionais (NETZ, 2006), aflorando a concepção de que o afastamento ou impedimento do trabalho ocasiona danos à situação econômica dos trabalhadores, além de expô-los a discriminação no trabalho, na família, nos serviços de saúde e até mesmo nas perícias médicas. Então, os grupos operativos visam intervir para promover o bem-estar dos trabalhadores, podendo resultar em redução de danos e riscos para a saúde (OLIVEIRA, 2009).

No grupo operativo, com trabalhadores, a tarefa proposta por Pichón-Rivière (1998), pode ser uma alternativa para solucionar um problema de algum dos participantes, ou o encaminhamento de propostas construídas pelo grupo, ou seja, quando uma “situação problema” é apresentada, promove-se a sua análise coletiva com base nas experiências vividas pelos participantes do grupo e somando-se os conhecimentos necessários para solução e intervenção, ao mesmo tempo em que permite desenvolver a criatividade e a consciência crítica. Nessa mesma lógica, se torna indispensável o entendimento dos agravos ocupacionais sob os olhares dos trabalhadores. Surge uma possibilidade de se construir novos conhecimentos acerca desses agravos por articular o conhecimento teórico dos profissionais de saúde ao conhecimento prático dos trabalhadores sobre o trabalho (SATO; LACAZ e BERNARDO, 2006), e com essa aproximação se fortalece a democracia e dispõe o trabalho como um caminho para se construir sujeitos, ao buscar responder as necessidades sociais (CAMPOS, 2007).

A estratégia contribui para o trabalho em áreas como ergonomia, saúde do trabalhador, saúde coletiva e para as práticas de prevenção, tratamento e reabilitação na psicologia social e do trabalho, bem como em terapia ocupacional, por facilitar as intervenções no trabalho e em suas relações interpessoais, como pode ser visto, ao analisar os resultados de grupos realizados em um serviço de nutrição hospitalar entre 2006 e 2008 onde se constituíram espaços para intervenções psicossociais (GLINA e SIQUEIRA, 2008). Da mesma forma, outras experiências com grupos operativos, como por exemplo, os quais foram destinados a análise dos fatores de desgaste de determinada categoria profissional (NEVES, 1999), de sofrimento psicológico de pessoas que se encontravam em situação de

desemprego (FARINA e NEVES, 2007), de sintomas de determinados agravos à saúde (CHIESA *et al.*, 2002), firmam sobremaneira a capacidade intervencionista dessa estratégia no processo saúde-trabalho-doença, levando-nos também a validar as observações de Paparelli (2011) ao relatar sua experiência com grupos de trabalhadores, verificando que as descobertas individuais e coletivas são indutoras de novas estratégias de enfrentamento para as condições patológicas relacionadas ao trabalho.

Os locais de trabalho compostos por número elevado de profissionais, por diversas categorias e dependentes da comunicação, podem, em grupo, superar os inúmeros entraves encontrados no cotidiano, pois a visualização dos papéis de cada um coopera para o bem coletivo (CARDOSO, 2009).

Pesquisa realizada por Brum, (2009) ao analisar a praticabilidade dos grupos para educação de trabalhadores de enfermagem em uma instituição de saúde pode constatar que é possível a garantia do direito de cidadania através dessa estratégia, devido à cisão da educação verticalizada e adesão pela problematização dos processos de trabalho. Percebeu-se que houve a superação das dificuldades dos trabalhadores em realizar o grupo dentro da jornada de trabalho, passando a ser reconhecido como proposta de transformação, porém a efetivação da estratégia grupal é dependente da motivação primeira da instituição em aderi-la. Os trabalhadores que são capazes de refletir o trabalho concretizam a sua evolução (HELOANI e LANCMAN, 2004), colaborando para o resgate do bem-estar e da qualidade de vida (NETZ e AMAZARRAY, 2006). Então, o caminho para a promoção da saúde dos trabalhadores é o momento em que abandonam, rejeitam a postura de recursos humanos como donos do saber e passam a se posicionarem como atores sociais.

Destaque-se que os resultados satisfatórios a partir da estratégia grupal se ampliam quando coordenado por profissionais de saúde capacitados, possuidores de teorias acerca dela, bem como de técnicas e dinâmicas de grupo, conhecimentos estes que a própria estratégia constrói se as equipes de saúde aderirem a ela, ao entenderem que são igualmente alvo das ações de promoção da saúde. As reuniões de equipe são oportunas para possibilitar aos trabalhadores da saúde esta vivência (FORTUNA, 2005). Assim, como em qualquer atividade laborativa, a ausência de indagação sobre os aspectos cotidianos fortalece um caráter tecnicista aos processos de trabalho dessas equipes, o que contradiz com a proposta da estratégia grupal e com a expectativa esperada e exigida dos profissionais de Atenção Primária.

Afim de melhor compreensão, um estudo acerca de grupos operativos em instituições de saúde, Carvalho (2002, p.21) exemplificou e esclareceu:

[...] os dirigentes de nível central, os coordenadores de equipes ou os apoiadores ofertem, na “roda” formada pelos membros de um coletivo organizado de produção (ex. equipe de saúde de uma unidade básica), as diretrizes, os saberes e objetivos de instituições de nível central (ex. secretaria de saúde). Estas ofertas são uma base de diálogo com as demandas recolhidas junto aos membros de um coletivo, devendo ser discutidas, analisadas e interpretadas na “roda” coletiva, gerando, no ato, decisões a serem traduzidas em tarefas, ou seja, formas de intervir no mundo e reconstruir valores.

Para confirmar a importância da estratégia de grupo com profissionais de saúde, Oliveira (2009) mostrou que estes consideraram o espaço efetivo ao ampliar suas concepções acerca de suas práticas de saúde e do trabalho na instituição da qual faziam parte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este trabalho posso considerar que a promoção da saúde é imprescindível para se implementar a Política de Saúde do Trabalhador. A literatura mostra que é necessário discutir o trabalho e seus desdobramentos nos diversos setores por envolver muitos questionamentos sobre saúde-trabalho-doença, e, nesse sentido, a promoção da saúde busca superar esse desafio através de ações inter-setoriais.

Pode-se perceber que a teoria de grupos operativos proposta por Pichon-Riviere permitiu organizar a formação de grupos baseados em conceitos, facilitando a sua coordenação para usá-lo como um espaço terapêutico, para o debate de tantas formas de lidar e conviver com a doença e dos modos de se lidar com a vida. Desta forma, podemos constatar que os grupos operativos contribuem para o crescimento pessoal de todos os participantes, de modo que o grupo experimente o princípio do cooperativismo.

Com o desenvolvimento dos grupos operativos é possível levar as pessoas a manifestarem suas vontades, suas idéias e suas necessidades. É possível, também, levá-las a assimilarem a percepção de que, para se realizar aspirações e satisfazer necessidades pessoais é primordial o ato de pensar, de refletir e de lidar com o meio ambiente, tornando a saúde como um meio a ser usado na vida diária. Esta posição faz com que as questões e da Saúde do Trabalhador sejam da população e das famílias. Entretanto estas idéias não se constituem em tarefa fácil, pois a construção de um grupo operativo acontece de forma dinâmica, com necessidades constantes de interações, diálogos e esclarecimentos. Além disso, a desconstrução da passividade e da resignação como posturas de vida diante da forte hegemonia do modelo biomédico muito na Atenção Primária à Saúde, deixa claro que as dificuldades são inúmeras.

Não é demais alertar que é inadmissível que profissionais de Atenção Básica tenham a postura “errar-acertar” na aplicabilidade dos grupos operativos. É preciso estudar com seriedade como realizar grupos operativos e desenvolver metodologias baseadas em conceitos sólidos.

Considero recomendável que ao pensar outras formas de atenção à saúde para a população, é primordial, rever as próprias relações e condições de trabalho, pois somente trabalhando à luz do princípio da integralidade, é possível promovê-la e indicar a outros setores a forma de como conseguir realizar estas ações com êxito. Se não houver um bom planejamento a empreitada torna-se inviável. Ao permitir a transformação e modificação do meio, modifica-se a si mesmo, levando outras pessoas a serem agentes de mudança social, pois a finalidade é a busca incessante de que os trabalhadores ganhem vida e não a percam ao ganhá-la.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Shirley Pereira de. **A vivência no grupo: a experiência para as pessoas diabéticas**. Dissertação de mestrado apresentada a Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2006, p.143.
- ALONSO, I.L.K. O Processo educativo em saúde na dimensão grupal. **Texto & Contexto Enferm.**, v.8, n.1, p.203-221, jan/abr 1999.
- BARATA RCB, RIBEIRO MCSA, MORAES JC. Acidentes de trabalho referidos por trabalhadores moradores em área urbana no interior de São Paulo em 1994. **Inf Epidemiol SUS**, v.9, n.3, p.199-210, 2000.
- BARBIN JH, MARTINI A. Ethnoprvention and community participation in The Alto Jura Extractive Reserve. **OSH & Development**, v.8, n. 1, p. 41-50, 2006.
- BINDER, M.C.P.; CORDEIRO, R. Sub-registro de acidentes ocupacionais no Brasil, 1997. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, p. 409-416, 2003.
- BRASIL. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: Trabalhar Sim, Adoecer Não**. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social, maio de 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais Saúde: direito de todos: 2008-2011**. Brasília, Ministério da Saúde, 2010. 138 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 648/GM 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 28 de março de 2006 A.
- BRASIL. **Portaria n.2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 12 de novembro de 2009, p.76.
- BRUM, Liege Machado. **A pedagogia da roda como dispositivo de educação permanente em enfermagem e a construção da integralidade do cuidado no contexto hospitalar**. Dissertação apresentada a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- CAMARGO-BORGES, Celina. A Responsabilidade Relacional como Ferramenta Útil para a Participação Comunitária na Atenção Básica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n.1, p. 29-41, 2009.

CAMPOS, G. W. S, AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 12, n. 3, p. 849-859, 2007.

CAMPOS GW, BARROS RB, CASTRO AM. Avaliação da política nacional de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.9, n.3, p. 745-749, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARDOSO, Adriana Serdotte Freitas. **Análise do Processo Grupal de uma Equipe de Enfermagem**. *Dissertação* apresentada a ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Porto Alegre, 2009.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde coletiva e promoção da Saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança**. *Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)* - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2002.

CAVALCANTE, Clenonice Andréa Alves *et al.* Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.1, p.241-248, 2008.

CHIESA, A. M. et al. As repercussões emocionais das LER/DORT no cotidiano do trabalhador: a invisibilidade ameaçadora. **Revista Brasileira Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 27, n. 101/102, p. 9-25, set. 2002.

Comissão Nacional de Determinantes de Sociais de Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão sobre determinantes sociais da Saúde**, Brasília, abr. 2008.

DIAS, Valesca Pastore; SILVEIRA, Denise Tolfo; WITT, Regina Rigatto. Educação em Saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Rev. APS**, v.12, n.2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

FACHINI L. et al. Sistema de informação em saúde: desafios e perspectivas para o SUS . **Ciênc Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p. 857-867, 2005.

FARINA, A. S.; NEVES, T. F. S. das. Formas de lidar com o desemprego: possibilidades e limites de um projeto de atuação em psicologia social do trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 21-36, 2007.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira. **Trabalho Com Grupos NA Saúde Da Família: Concepções, Estrutura e Estratégias Para o Cuidado Transcultural.** *Dissertação* apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Belo Horizonte, 2007.

FORTUNA, C.M., et al. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos de processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-am Enfermagem* v. 13, n.2, p. 262-68, abr. 2005.

GAYOTTO MEC, DOMINGUES I. **Liderança: aprenda a mudar em grupo.** Petrópolis (RJ): Vozes, 1995

GAYOTTO MLC, DOMINGUES I. **Liderança: aprenda a mudar em grupo.** 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

GIATTI, L., BARRETO, S.M. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 40, n.1, p.66-106, 2006.

GLINA, D.M.R., et al. Análise ergonômica da higienização de louças de um hospital. *Mundo Saúde.* V. 32, v.2, p. 198-207, jun. 2008.

GÓMEZ, C., LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.10, n.4, p.797-807, 2005.

HELOANI, R.; LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. *Revista Produção*, v. 14, n. 3, p. 77-86, 2004

HENNINGTON EA, CORDEIRO R, MOREIRA FILHO DC. Trabalho, violência e morte em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*,v.20, n.2, p.610-617, 2004.

LUDERMIR AB, LEWIS G. Informal work and common mental disorders. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol*, v.38, n.9, p.485-489, 2003.

MINAS GERAIS. **1ª Oficina Guia Do Plano Diretor De Atenção Primária À Saúde: acolhimento e classificação de risco.** Belo Horizonte: ESP-MG, 2009A.

MINAS GERAIS. **Implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde: Análise da Atenção primária à Saúde e Diagnóstico local. Oficinas 2 e 3.** Belo Horizonte: ESP-MG, 2009B.

MUNARI, D.B.; RODRIGUES, A.R.F. Processo grupal em enfermagem: possibilidades e limites. *Rev.Esc.Enf. USP*, v.31, n.2, p.237-250, ago. 1997.

NETZ, Jacéia Aguilar. AMAZARRAY, Mayte Raya. Promoção de saúde e cidadania: a experiência do grupo de ação solidária com portadores de LER/DORT. **Boletim da Saúde**, v. 20, n.1, jan/jun., 2006.

NEVES, M. Y. R. **Trabalho docente e saúde mental – a dor e a delícia de ser (tornar-se) professora**. 1999. 277 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

OLIVEIRA, Thais Thomé Seni; LEME, Fernanda Ribeiro da Gama; GODOY, Kathia Regina Galdino. **O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática**. *Mental* - ano VII - n. 12 - Barbacena. p. 119-138, jan.-jun. 2009.

100

OPAS - **Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde nas Américas**. Washington DC: OPAS, v. 1, 2007. p. 333.

OSÓRIO, L. C. **Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era**. Porto Alegre (RS): Artmed, 2003.

PAPARELLI, Renata. Grupos de enfrentamento do desgaste mental no trabalho bancário. **Rev. bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v.36, n.123, p.139-146, 2011.

PEREIRA, G. A., LIMA, M.A. D. S. Relato de experiência com grupo na assistência de enfermagem a diabéticos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 142-157, julho de 2002.

PICHON-RIVIÈRE E. **O processo grupal**. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo**. Tradução de Eliane Toscano Zamikhowwsky. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

SANTANA V. *et al*. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: Uma Revisão. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p 841-856, 2005.

SATO, L.; LACAZ, F. A. de C.; BERNARDO, M.H. Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. **Estudos de psicologia (Natal)**, Natal, v. 11, n. 3, p. 281-288, set./dez. 2006.

SILVA, D. G. V. da et al. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 97-103, Jan./Mar. 2003.

SILVEIRA, L.M.C.; RIBEIRO, V.M.B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.16, p.91-104, 2004.

SIMÕES, Fabiana Verdan. Grupos na enfermagem: classificação, terminologias e formas de abordagem. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v.10, n.1, p.139-144, 2006.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO**, Ministério da Saúde, 2002.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública**. 2005. 336 f. *Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto*, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

WÜNSCH FILHO V. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. **Rev Bras Med Trab**. V.2, n.2, p.103-107, 2004.