

# LA PRODUCTION DE CONNAISSANCES POUR LA VISIBILITÉ DU TRAVAIL DE PROMOTION DE LA SANTÉ BUCCODENTAIRE AU BRÉSIL

*Magda Duarte dos Anjos Scherer, Erica Lima de Menezes, Charleni Inês Scherer*

## 1. Introduction

Le Système Unifié de Santé Brésilien (SUS) est le plus important système de santé publique dans le monde. Il est le résultat d'une mobilisation politique intense dans le pays, dénommé *Le Mouvement de la réforme de la santé*, qui impliqua différents acteurs et secteurs de la société brésilienne, des années 1970 aux années 1990. La création du SUS eut comme objectif la coordination et l'intégration des activités et des services de santé entre les États, les municipalités et les régions du Brésil, dans le but de promouvoir l'articulation complexe entre les actions de promotion de la santé, la prévention de la maladie, la guérison et la réadaptation [24].

Créé par la Constitution fédérale de 1988, le SUS est constitué de réseaux régionalisés et hiérarchiques et de services de santé publique, organisés selon les lignes directrices de la décentralisation des soins complets (les activités de prévention étant la priorité, sans préjudice aux services d'assistance) et de la participation de la communauté. Il se réfère à une conception large du droit à la santé et du rôle de l'État dans la garantie de ce droit [10]. En fait, selon la Constitution fédérale<sup>1</sup>, au Brésil « La santé est le droit de tous et un devoir de l'État garanti par des politiques sociales et économiques qui visent à réduire les risques de maladies et d'autres accidents et à assurer l'accès universel et égalitaire aux actions et services visant à l'améliorer, la protéger et la recouvrer ».

Le réseau de services est organisé en niveaux de complexité croissante, ayant comme priorité l'attention aux soins de santé primaires (APS, Atenção Primária à Saúde), dénommés « Soins de santé primaires » (AB, Atenção Básica), et comme objectif la coordination du réseau de services.

Ainsi le SUS contribue 1. à l'augmentation de l'offre d'actions et de services de santé publique se rapprochant de la réalité et des besoins de la population ; 2. à l'élargissement de la prise de conscience de la population concernant les droits à la santé ; 3. à des changements dans les pratiques professionnelles ; 4. à la garantie de l'accès aux médicaments et au développement des technologies de la santé ; 5. à la consolidation d'un ensemble de systèmes, de programmes et de politiques importants pour la population brésilienne, tels que le Système national de transplantation, le

---

<sup>1</sup> Brasil, 1988, Constitution de la République Fédérative du Brésil, Brasilia, DF, Senado Federal, Centro Grafico, 292 p.

Programme national de vaccination, le Programme de contrôle du VIH / sida et la réduction de la mortalité maternelle et infantile, entre autres [10].

Compte tenu de la complexité de la structuration d'un système public et universel dans un pays aussi divers et vaste que le Brésil, l'un des plus grands défis du SUS est de renforcer la coordination et la coopération entre les organismes fédéraux. Il semble également relever d'une gageure que de viser le renforcement de la gestion démocratique pour favoriser l'autonomie et la capacité de gouvernance des professionnels et des gestionnaires de la santé, dans la recherche de politiques aptes à répondre à la spécificité de chaque communauté/municipalité/région.

Malgré les progrès concernant l'implantation du SUS, le réseau de soins établi encore peu, ou pas, de communication entre les niveaux de soins (primaire, secondaire et tertiaire), offrant des services isolés, de manière fragmentée et éloignée d'une offre de services organisée selon le principe de l'intégration. Cela pointe la nécessité et l'importance d'une réflexion sur les instruments, les actions de gestion et les soins qui favorisent la qualification des soins de santé dans le pays. Ainsi, depuis les années 1990, les soins primaires ont été renforcés grâce à la Stratégie de Santé Familiale (ESF, *Estratégia de Saúde da Família*). L'ESF peut être comprise comme une innovation de l'organisation et de la gestion du travail ayant comme objectif de structurer un nouveau modèle de soins d'assistance, en réaction au modèle biomédicale hégémonique [18].

Rappelons brièvement que des études sur l'APS ont montré que des pratiques de santé sont développées de façon distincte et particulière ; des inventions, des innovations et des réinventions sont développées en tous lieux du pays. De nouvelles formes d'administration de soins sont expérimentées, légitimées et également écartées constamment. En effet, une riche production de connaissance existe et coexiste dans la quête d'une meilleure qualification des actions de santé [7].

La réinvention des modes de réalisation de l'activité du travail provient, entre autres, de facteurs liés aux ressources existantes et de l'environnement de travail, de l'autonomie et de la gouvernance des travailleurs, des services et de la gestion, des caractéristiques personnelles des individus (l'expérience, les capacités techniques, la motivation), ainsi qu'à ce qui peut survenir de façon inattendue, à chaque moment, lors de l'exécution de la tâche. En outre, les travailleurs obéissent non seulement à des normes dans le travail, mais ils expriment aussi et mobilisent un ensemble d'éléments, tels que les compétences et les capacités pour réussir à appliquer avec succès les règles préétablies dans chaque situation particulière et agir aussi souvent, sans l'aide de normes antécédentes dans certains cas [9].

Tout cela montre que le travail est en constante évolution, ce qui semble essentiel pour mieux connaître l'activité et réfléchir à des moyens d'intervention dans le travail pour produire des transformations [19]. Il est également important de réfléchir aux moyens de systématiser les connaissances qui résultent de l'activité et des espaces, et qui permettent aux travailleurs de discuter de leurs pratiques, de redonner du sens à leurs actions et, à partir de cela, de produire de nouvelles connaissances et de nouvelles technologies. Selon Yves Schwartz, il est nécessaire de s'interroger sur

ce que les travailleurs ont déjà construit comme savoir dans leur travail et comment ce travail s'inscrit dans leurs projets de vie, afin de formuler des stratégies de qualification/formation qui se soucient de l'application des connaissances transmises, mais aussi de la connaissance produite par les travailleurs eux-mêmes. Ces stratégies doivent prendre en compte la façon dont les travailleurs exercent leur métier, comprendre « *comment ils peuvent inventer tout en restant fermes, malgré les nombreuses restrictions qui leur sont imposées* » [9, p. 219].

Ce contexte soulève un certain nombre de besoins en matière de pratiques professionnelles, concernant la gestion de la main-d'œuvre et la formation continue, aussi bien que la construction de cadres théoriques et méthodologiques d'analyse et d'intervention au travail pour contribuer à l'avancée de la construction du SUS dans ces territoires. Pour répondre à ces besoins, de nombreux professionnels des services de santé et des établissements d'enseignement et de recherche ont créé à la fin 2010, le Groupe d'études et de recherche sur le travail dans la santé (GEPTS)<sup>2</sup>. Ce Groupe se constitue en un espace de discussion, d'échange et d'exploration sur la question du travail et de la formation en santé, il a développé ses activités en se basant principalement sur l'ergologie et sur la théorisation brésilienne du travail dans la santé.

Le travail dans les soins de santé primaires a été le principal sujet d'étude dans le GEPTS en raison de la nature stratégique de ce domaine du SUS. Les soins primaires sont la clé de voûte du SUS et

---

<sup>2</sup> Groupe d'études et de recherche sur le travail dans la santé (GEPTS) du Centre d'étude de la santé publique (NESP, *Núcleo de Estudos de Saúde Pública*), à l'Université de Brasília (UNB).

organisent tout le système, le domaine de responsabilité correspondant portant sur la résolution de la plupart des besoins de santé de la population et sur la surveillance de l'ensemble des soins de santé assurés aux citoyens à différents niveaux du système.

Ce texte vise à présenter l'étude « *Stratégie de santé familiale - l'innovation technologique pour améliorer l'accès, la qualité et la promotion de la santé buccodentaire dans les soins de santé primaires - une étude multicentrique* », qui est l'une des recherches en cours dans le GEPTS. Ayant comme cadre théorique et méthodologique l'ergologie, les principes et les lignes directrices de la Politique nationale de santé buccodentaire (PNSB)<sup>3</sup> et la Politique nationale de soins de santé primaires (PNAB)<sup>4</sup>, cette recherche a pour objectif de rendre visible et de systématiser les connaissances provenant de l'expérience des professionnels de la santé, tout en les confrontant avec les connaissances académiques. Elle vise aussi à contribuer à la production de nouvelles modalités de prise en charge des soins se traduisant par l'amélioration à l'accès, la qualité des actions et la promotion de la santé.

---

<sup>3</sup> Brésil, 2008. Ministère de la Santé, Secrétariat de l'*Atenção à Saúde*, Département d'Attention de Base, Coordination National de la Santé Buccodentaire, Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Brasília, Ministério da Saúde, 92 p.

<sup>4</sup> *Política Nacional de Atenção Básica*, Ministère de la Santé, Arrêté Ministériel n° 2, 488, du 21 octobre 2011, Brasília.

## 2. La stratégie de santé familiale et la promotion de la santé

Du début du siècle dernier jusqu'aux années 1980, les soins de santé ont été organisés selon un modèle influencé par une « conception américaine de la santé publique » composée de deux grands systèmes : le premier d'assistance clinique et le deuxième de santé publique [23, p. 3618]. À cette époque, les centres de santé étaient liés aux services de santé publique destinés aux populations démunies. Ils possédaient un modèle d'organisation des pratiques visant à des soins médicaux individuels, axés sur les connaissances biomédicales [12], favorisant donc la fragmentation des soins offerts aux personnes.

Ce modèle de soins, qualifiés de techno-assistantiels, est basé sur une perspective mécaniciste selon laquelle la maladie est conçue comme une déviation de variables biologiques par rapport à une norme, dans une relation de cause à effet, sans considération des aspects sociaux, culturels, psychologiques et comportementaux. À cette conception correspond une fragmentation des corps et des modes de soins [3]. Ce sont des caractéristiques du modèle Flexnerian selon lequel la relation professionnel/patient est autoritaire et verticale, le professionnel de santé étant considéré comme le détenteur de la connaissance, celui qui transforme chaque plainte en un « *syndrome, un trouble ou une maladie de caractère biologique, l'éloignant de la vie vécue du patient* » [23, p. 3617].

À partir des années 1970, diverses initiatives sont apparues, visant à étendre les pratiques des centres de santé et à promouvoir des changements dans le modèle de soins pratiqué dans le pays. Mais ce sera

avec la création du système de santé unifié (SUS) que les soins de santé primaires seront considérés comme un facteur essentiel de changement du modèle de soins qui a prévalu jusque-là, et comme un moyen de parvenir à l'universalité des actions [20].

La Politique nationale de soins de santé primaires (PNAB) caractérise ce niveau de soin comme un ensemble d'interventions de santé aux niveaux individuel et collectif, qui comprend la promotion et la protection de la santé, la prévention de la maladie, le diagnostic, le traitement, la réhabilitation et l'entretien de la santé. Ces actions doivent être développées par l'exercice de pratiques de gestion sanitaires démocratiques et participatives, à l'aide d'un travail d'équipe. Elles doivent être adressées aux populations de territoires bien définis, selon les dynamiques existantes dans ces lieux, et pour lesquelles ces actions doivent assumer une responsabilité sanitaire.

Les soins de santé primaires (AB) sont aujourd'hui développés sur tout le territoire national, les objectifs étant l'expansion de la santé familiale ainsi que la qualification et la consolidation de ce niveau de soins. La stratégie de santé familiale (ESF) doit développer des actions de promotion et de prévention dans la santé, de traitement et de guérison, avec la perspective de procurer des soins aux citoyens dans leur contexte familial et en tenant compte des singularités individuelles et sociales [1].

Les équipes de santé familiale sont composées d'au moins un médecin, un infirmier ou un technicien en soins infirmiers et des agents communautaires de la santé. À partir de l'an 2000, ont aussi été intégrés dans le personnel professionnel de la santé buccodentaire : un chirurgien-dentiste, un assistant



et/ou technicien en santé buccodentaire. Chaque équipe de santé familiale est responsable en moyenne de 3 000 personnes, le maximum autorisé étant fixé à 4 000 personnes. Ce nombre doit respecter les critères d'équité et le ministère de la Santé recommande de prendre en compte le degré de vulnérabilité d'un groupe pour déterminer le nombre de personnes par équipe. La délimitation du nombre de personnes assistées par chaque équipe a, entre autres buts, celui de permettre un suivi longitudinal des individus, des familles et des communautés, afin de créer un lien entre les personnes et les professionnels de la santé, et par conséquent de faciliter la résolution des besoins exprimés.

La façon dont les soins primaires sont structurés permet donc une plus grande proximité avec la communauté, ainsi qu'un contact plus important avec la culture populaire et l'utilisation de techniques basées sur des connaissances non scientifiques. De cela peuvent résulter des soins culturellement plus abordables et efficaces [23], par l'augmentation de la capacité des citoyens à agir sur leur propre vie, leur environnement, leur santé, les souffrances et sur les événements quotidiens. L'une des caractéristiques de l'innovation présente dans les soins de santé primaires porte sur l'ESF et concerne « *la réorganisation des unités de santé de base (USB) dans l'objectif d'une plus forte concentration sur les familles et les communautés et l'intégration des soins médicaux avec la promotion de la santé et des actions de prévention* » [11, p. 21].

La politique nationale de promotion de la santé vise de façon globale à promouvoir la qualité de vie et à réduire la vulnérabilité et les risques sanitaires liés à divers déterminants et contraintes : modes de vie, conditions de travail, logement, environnement, éducation, loisirs, culture, accès aux biens et

services essentiels. C'est une politique transversale qui prend en compte les facteurs de risque, compte tenu des différences dans les besoins, les territoires et les cultures composant le Brésil, elle poursuit donc la défense de l'équité, de la participation et du contrôle social.

*« Travailler dans l'ESF est un défi constant, les professionnels doivent agir sur les processus santé/maladie, se détournant du modèle centré sur l'attention à la demande spontanée et à la maladie, ce qui entraîne un exercice permanent de réflexion sur leurs propres actions et sur ce qu'elles entraîneront »* [16, p. 3208]. En somme, *« Le travail exige un triple engagement : avec le monde, avec les autres et avec soi-même. L'exigence d'efficacité met l'employé dans un débat constant sur les normes et valeurs et provoque la renormalisation des normes antécédentes, conduisant le travailleur à réinventer sa façon de travailler »* [Ibid., p. 3211].

### **3. L'insertion de la Santé buccodentaire dans la Stratégie de la santé familiale**

Il y a quatorze ans, des professionnels de la santé buccodentaire ont été intégrés dans les équipes de santé familiale, en réponse aux demandes des associations et de la population. C'est au début de l'année 2001 que s'est effectivement réalisée l'implantation de la santé buccodentaire dans les équipes, parallèlement à l'établissement de nouvelles lignes directrices du programme national [5 ; 21]. Le programme avait comme objectif la formation de généralistes, la promotion, la prévention, la valorisation et la réhabilitation de la santé, en conformité avec les principes et les lignes directrices du

SUS. Le ministère de la Santé disposait d'une aide financière pour l'inclusion des équipes de santé buccodentaire dans l'ESF, ce qui a permis de développer son action dans le pays [22]. L'insertion de la santé buccodentaire dans l'ESF permet la création d'un nouveau paradigme de la planification et de programmation des soins primaires et représenta l'une des initiatives les plus importantes de l'assistance publique en matière de développement et de réorganisation des actions de santé buccodentaire [13].

Aujourd'hui, chaque catégorie professionnelle de l'équipe de santé buccodentaire doit remplir des devoirs spécifiques, au-delà des activités communes à tous les professionnels travaillant dans l'ESF. Alors que par le passé, la pratique de la santé buccodentaire était exercée presque exclusivement par des professionnels des soins dentaires, isolés des autres professions de la santé, ce qui a entravé l'intégration du dentiste dans le personnel de la santé de la famille et la réalisation d'actions globales de santé<sup>5</sup>.

En 2004, les lignes directrices de la Politique nationale de santé buccodentaire (PNSB - Programme Brésil Souriant) ont été publiées, non plus concentrées exclusivement sur les soins aux malades, mais étendues à la promotion de la qualité de vie et aux facteurs de risques qui la mettent en péril [15]. Il en a résulté que des changements dans le modèle d'odontologie précédent ont été nécessaires, car il était en effet dirigé uniquement vers le soulagement de la douleur et le travail entre les murs du cabinet, ce

---

<sup>5</sup> Brasil, 2008, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Saúde Bucal, *Cadernos de Atenção Básica*, n° 17, Brasília, Ministério da Saúde, 92 p.

qui empêchait l'accès à un modèle de surveillance de la santé et de sa promotion, de même que la prévention de la maladie [13].

Le travail du dentiste est cependant toujours basé sur la pratique de la guérison, et surtout sur des activités de réparation, ce qui peut reproduire un modèle inefficace de pratique privée dans les services publics, démontrant alors l'inadéquation des politiques réorganisatrices comme l'ESF [6]. Cela dit, l'inclusion de l'équipe de santé buccodentaire dans l'ESF représente une opportunité de changement dans le processus de travail en APS à partir de la double perspective de la globalité des soins de santé et du travail en équipe interdisciplinaire et multi-professionnelle rendant ces cadres aptes à l'exécution d'actions de promotion de la santé [20 ; 4].

#### **4. En quoi consiste la promotion de la santé buccodentaire ?**

Selon Pires, le travail dans la santé est essentiel à la vie humaine et s'accomplit lors de sa réalisation. *« Il n'en résulte pas en un produit matériel, indépendant du processus de production et de sa commercialisation dans le marché. Le produit est inséparable du processus qui le produit et il est en effet la réalisation effective de l'activité »* [14, p. 85]. Le soin aux patients est l'objectif de toute action dans la santé. Il relève d'un ensemble de connaissances et d'actions, englobant les activités prévues, mais également l'acte lui-même. Il implique l'utilisation de technologies, de machines et d'instruments, mais est basé sur le travail vivant et sur l'action [2]. *« Le fait de comporter la vie et la*

*mort dans son champ d'action génère dans le travail de la santé le besoin de la maîtrise de plusieurs domaines pour pouvoir être effectivement mis en pratique dans chaque être humain ayant une histoire de vie unique* » [17, p. 724].

Dans le cadre des travaux de l'ESF, et plus particulièrement dans le domaine de la santé buccodentaire, il est nécessaire d'analyser le processus de travail au-delà de la mise en œuvre des règles et des protocoles prescrits et de chercher à comprendre l'activité de travail à partir de la construction du point de vue des travailleurs dans le quotidien des services.

Sachant que la production et les expériences quotidiennes sont nombreuses, systématiser la connaissance de l'expérience des professionnels de la santé, face aux connaissances scientifiques déjà en place, peut aider à mieux comprendre les difficultés et le potentiel pour effectuer des actions de promotion, pour élaborer de nouveaux concepts et des lignes directrices dans le but de rendre le travail plus efficace.

Dans ce contexte, les processus d'enquête capables de produire des connaissances sur le travail de promotion de la santé buccodentaire sont bienvenus car nécessaires. La recherche multicentrique en cours de réalisation actuellement, et que nous présentons maintenant, entre dans ce cadre. Elle porte sur les soins en santé primaires et la stratégie de la santé familiale dans leur relation avec le système de

santé de chaque localité. Elle a été conduite dans trois des cinq régions du Brésil. La population de l'étude est composée de professionnels engagés dans la gestion et les soins en santé de la famille<sup>6</sup>.

Le but général de la recherche est donc de connaître les pratiques des travailleurs concernant la promotion de la santé buccodentaire. Des objectifs spécifiques ont été définis : 1. Caractériser les actions de santé buccodentaire développées par le personnel de la santé familiale, tout en les contextualisant dans le cadre institutionnel et sociohistorique des régions où ils se développent ; 2. Décrire comment les collectifs de travail dans l'ESF se conforment et s'articulent dans la mise en place des actions et quelles stratégies se développent pour la promotion de la santé buccodentaire ; 3. Identifier les aspects innovants et créatifs contenus dans les pratiques, la composition des équipes, dans les relations, dans l'organisation et la gestion du travail de l'ESF, et dans quel sens elles contribuent à l'amélioration et à la qualification de la promotion de la santé buccodentaire dans la stratégie de santé familiale ; 4. Identifier les aspects de la pratique, la composition des équipes, les relations, l'organisation et la gestion du travail et comment ils contribuent à élargir le travail interdisciplinaire et intersectoriel dans la Stratégie de la santé familiale concernant la promotion de la santé buccodentaire.

Corroborant ce que souligne Yves Schwartz [9], il n'y a pas, a priori, « la meilleure façon » d'effectuer une activité, mais différentes façons de l'effectuer. La méthodologie utilisée présente donc

---

<sup>6</sup> Ont participé à la recherche deux équipes de la région Centre-Ouest, deux équipes dans la région Sud, et trois équipes dans le Nord-Est.

un caractère de recherche-action, à savoir « *fait partie de ses objectifs la réflexion sur une action problématique particulière exercée par des personnes ou des groupes impliqués dans l'enquête* »<sup>7</sup>.

L'ergologie nous montre que nous devons comprendre comment chaque travailleur vit et tente de recréer sa situation de travail. Dans le cas contraire, nous serions en train d'interpréter, de juger et de diagnostiquer selon nos propres représentations.

Des études basées sur l'approche ergologique montrent que lors de l'analyse de situations réelles de travail, c'est-à-dire de l'action en elle-même, il s'y trouve une grande diversité de possibilités selon le contexte macro-politique et institutionnel et selon les caractéristiques des individus impliqués dans le travail, selon leurs choix. Autrement dit, la réalisation d'activités de nature similaire est influencée par la subjectivité des travailleurs, leurs valeurs et leurs visions du monde, qui sont exprimées à travers la représentation du soi à soi-même et aux autres, entraînant de multiples différences entre le travail réel et le travail prescrit<sup>8</sup>.

L'approche méthodologique de la recherche a été élaborée dans le but de « *discuter du travail et de produire des connaissances compte tenu des connaissances et de l'expérience des travailleurs, le*

---

<sup>7</sup> Vasconcelos, EM, 2003, « Educação popular e pesquisa-ação como instrumentos de reorientação da prática médica », dans Brennard Edna GG (Org.), *O Labirinto da Educação Popular*, João Pessoa, p. 196.

<sup>8</sup> Pires, Denise, 2013, *Novas Tecnologias e Trabalho em Saúde*, Parte II : *Inovações Tecnológicas Não Materiais e Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde*, Relatório de Pesquisa, 180 pages.

*général et le spécifique de l'activité, ses normes et ses variabilités, et l'exigence du contact entre les différentes disciplines outre la remise en cause permanente des connaissances »<sup>9</sup>.*

Le travail de terrain a été précédé par l'approbation du projet par le Comité d'éthique et de recherche, précédé également par des séminaires d'intégration et de formation de l'ensemble de chercheurs. Il a débuté avec des réunions regroupant toutes les équipes de l'ESF participantes pour leur présenter le projet de recherche et obtenir leur accord pour sa réalisation. Ensuite ont été effectuées des observations sur le travail, des entrevues avec une vingtaine de professionnels dans chaque région et l'analyse de documents apportant des informations sur l'objet d'étude. La compréhension des dimensions de la réalité exige la triangulation dans la collecte et l'analyse des données. La technique de la triangulation est largement utilisée en recherche qualitative et vise à saisir la complexité des phénomènes, car elle permet l'accès aux données par le biais de diverses sources, et une meilleure compréhension de ce qui est étudié [8].

Les résultats préliminaires sont systématisés et classés à l'aide d'un logiciel ATLAS TI (recherche qualitative et solutions). Les résultats ainsi interprétés visent à développer des hypothèses explicatives plus précises prenant en compte le contexte historique, politique, économique et institutionnel du cadre dans lequel le travail se développe. Dans la phase suivante, les résultats seront portés au *Groupe*

---

<sup>9</sup> Sant'anna SR, Hennington EA, 2010, "Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades : estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia", *Interface*, Botucatu, [online], vol.14, n° 32, p. 209.



*Focal* de chaque équipe de l'ESF pour discussion et validation dans la perspective de la formation de Groupes de Rencontres du Travail (GRT).

L'objectif est que cette recherche puisse rendre visibles les stratégies et les innovations qui sont produites dans les services quotidiens et permette de les diffuser comme exemples de bonnes pratiques pour la promotion de la santé buccodentaire. Il est important qu'elle vise aussi à renforcer le travail interdisciplinaire et la coordination des activités dans le réseau de soins de santé dans les régions concernées, et ayant le domaine de la santé dentaire comme priorité. D'une manière plus étroite et qualifiée, elle doit viser l'intégration de l'enseignement et des services dans les régions où la recherche a lieu.

### ***Références bibliographiques***

- [1] ANDRADE LOM, BARRETO ICHC, BEZERRA RC, 2006, « Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família », dans, Campos GW de S, Minayo MCS, Akerman M, et al., *Tratado de saúde coletiva*, São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/Fiocruz, pp. 783-836
- [2] BRITO J., 2005, « Trabalho e saúde coletiva : o ponto de vista da atividade e das relações de gênero », *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 10, n° 4, pp. 879-890
- [3] CARDOSO CG, HENNINGTON EA, 2011, « Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde : uma construção à espera pelos sujeitos da mudança », *Trabalho, Educação, Saúde* [online], Vol. 9, suppl. 1, pp. 85-112
- [4] FACCIN D, SEBOLD R, CARCERERI DL., 2010, « Processo de trabalho em saúde bucal : em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade », *Ciência & saúde coletiva*, Vol. 15, n° 1, pp. 1643-1652
- [5] LACERDA JT, TRAEBERT JL., 2006, *A odontologia e a estratégia saúde da família*, Tubarão, Editora Unisul
- [6] MARTELLI PJJ ET AL., 2010, « Perfil do cirurgião dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil », *Ciência & saúde coletiva*, Vol. 15, (Supl. 2), pp. 3243-3248

- [7] MENEZES ELC, 2013, *O que dá certo no sus que dá certo ? Histórias de Inovação na Produção da Saúde na Atenção Básica Presentes na Rede Humaniza SUS*, Dissertação, Mestrado em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília
- [8] MINAYO MCS, SOUZA ER, CONSTANTINO PSNC, 2005, « Métodos, técnicas e relações em triangulação », dans, Minayo MCS et al., *Avaliação por triangulação de métodos : abordagem de programas sociais*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, pp. 71-104
- [9] NEVES TP, 2010, « A incorporação da abordagem ergológica na formação dos profissionais de saúde : em busca da integralidade da atenção à saúde », *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, vol. 13, n° 2, pp. 217-223
- [10] NORONHA JC, LIMA LD, MACHADO CV, 2008, « O Sistema Único de Saúde », dans, Giovanella L et al., *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz
- [11] PAIM J. ET AL., 2011, *O sistema de saúde brasileiro : história, avanços e desafios*, The Lancet, 09/05/2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em : 01 novembre 2012
- [12] PEDUZZI M., 1998, *Equipe multiprofissional de saúde : a interface entre trabalho e interação*, Tese (Doutorado), Universidade Estadual de Campinas
- [13] PIMENTEL FC ET AL., 2012, « Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios do Estado de Pernambuco, Brasil, de acordo com o tamanho da população : a partir de links da comunidade para a organização dos cuidados clínicos », *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 28, Sup : S146-S157

- [14] PIRES D, 2000, « Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde », *Revista Bras Enfermagem*, n° 53, pp. 251-263
- [15] RODRIGUES AAA, OLIVIERA GALLOTTI AP, PENA SFA ET AL., 2009, « Saúde bucal no programa de saúde da família na cidade de Feira de Santana (BA) : o perfil do cirurgião-dentista », *Revista baiana saúde pública*, Vol. 33, n° 4, pp. 695-709
- [16] SCHERER MDA, PIRES D, JEAN R., 2013, « A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família », *Ciência e Saúde Coletiva* (Impresso), vol. 18, pp. 3203-3212
- [17] SCHERER MDA, PIRES D, SCHWARTZ Y, 2009, « Trabalho coletivo : um desafio para a gestão em saúde », *Revista de Saúde Pública*, vol. 43, n° 4, pp. 721-725.
- [18] SCHERER MDA, PIRES D, SORATTO J, 2014, « O trabalho na Estratégia Saúde da Família », dans, Sousa MAF et al., *Saúde da Família nos municípios brasileiros : o reflexo dos 20 anos no espelho do futuro*. 1<sup>ère</sup> ed. Campinas : Saberes, pp. 521-571
- [19] SCHWARTZ Y, DUC M, DURRIVE L, 2007, « O Trabalho e Ergologia », dans, Durrive L. et Schwartz Y. (Eds.), *Trabalho e ergologia : conversas sobre atividade humana*, Niterói, Ed. UFF, pp. 24-46
- [20] SILVA LA, CASOTTI CA, CHAVES SCL, 2013, « A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção », *Ciência & saúde coletiva* [online], vol. 18, n° 1, pp. 221-232
- [21] SOARES FF ET AL., 2011, « Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família : análise dos estudos publicados no período 2001-2008 », *Ciência & saúde coletiva*, vol. 16, n° 7, pp. 3169-3180

- [22] SOUZA TM, RONCALLI AG., 2007, « Saúde bucal no Programa Saúde da Família : uma avaliação do modelo assistencial », *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 23, n° 11, pp. 2727-2739
- [23] TESSER CD, POLI NETO P, CAMPOS GWS, 2010, « Acolhimento e (des)medicalização social : um desafio para as equipes de saúde da família », *Ciência & saúde coletiva* [online], vol. 15, suppl. 3, pp. 3615-3624
- [24] VASCONCELOS C M., PASCHE DF, 2006, « O Sistema Único de Saúde », dans Campos GW de S, Minayo MCS, Akerman M, et al., (Org.), *Tratado de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro e São Paulo, Fiocruz/Hucitec, vol. 1