

FIGURA 2.10: MEDIDAS PARA ALAVANCAR O COMPROMISSO E O ESTÍMULO DE DENTISTAS

- Equilíbrio entre o número de dentistas em formação e as necessidades existentes. Isto pode implicar em formar mais auxiliares e menos dentistas
- Provisão de um conjunto de atividades comunitárias renovadas, mais adequadas ao perfil contemporâneo de valorização profissional, demonstrando sua importância através de modelos de papéis, bem como expondo o profissional da Odontologia à experiências válidas e legítimas; o mesmo vale para estudantes de Odontologia, precocemente expostos a tais experiências nas Faculdades
- Encorajamento dos dentistas a integrarem-se no trabalho com a equipe geral de saúde. Isto implica socialização e popularização da prática odontológica e vice-versa, tal como vem acontecendo em vários projetos de saúde da família, baseados em comunidades
- Utilização de procedimentos de formação para estudantes de Odontologia que enfatizem a habilidade de se ocupar de atividades não-clínicas como uma parte importante do seu trabalho futuro; o mesmo vale para o recrutamento de dentista já formados
- Planos de carreira, propiciando desenvolvimento profissional, acesso a cargos de hierarquia superior e prêmios - financeiros ou outros -, ao bom desempenho.

Funções de trabalho precisam ser expostas claramente. Por exemplo, funções e atividades sugeridas

por MAUTSCH & SHEIHAM¹², para um dentista de saúde coletiva (Fig. 2.11):

FIGURA 2.11: FUNÇÕES E ATIVIDADES SUGERIDAS PARA UM DENTISTA DE SAÚDE COLETIVA

- Gerência de serviços distritais
- Gerência de unidade de saúde
- Supervisão técnica distrital ou local
- Educador e promotor de saúde bucal
- Agente de desenvolvimento socioeconômico
- Líder da equipe de cuidado primário de saúde bucal
- Monitoramento e controle do subsistema de saúde bucal
- Organização e coordenação da prevenção, tratamento e serviços de referência
- Colaboração em pesquisas operacionais, análise de dados e disseminação de informação, incluindo vigilâncias epidemiológica e sanitária
- Apoio no planejamento, supervisão e avaliação de atividades de saúde pública gerais ou bucais
- Desenvolvimento da participação comunitária em saúde e trabalho com lideranças locais
- Elo de ligação com o público em geral, políticos com influência sobre o sistema de saúde e outros setores da sociedade responsáveis pela tomada de decisões saudáveis
- Participação em projetos transsetoriais
- Advocacia em saúde geral e bucal
- Análise crítica de planos de ação intersetoriais, com impacto em saúde geral e bucal
- Apoio ao desenvolvimento de tecnologias e recursos apropriado a realidade local, por exemplo, produção de alimentação de base local
- Tratamento complexo de pacientes
- Educação continuada de colegas, em serviço, bem como na formação em nível especializado
- Treinamento de profissionais de saúde bucal que atuam no nível primário

Alguns exemplos práticos ajudarão a ilustrar como os dentistas podem trabalhar em promoção de saúde, desempenhando as funções e atividades descritas acima.

1. Agindo como advogados, como sugerido na Carta de Ottawa¹, adotando a prática de saúde pública em lugar de uma abordagem individualizada e agindo como modelo para o público em geral. Ainda, assegurando que creches, escolas, locais de trabalho e instituições para pessoas com necessidades especiais

implementem políticas de promoção de saúde.

2. Fazendo alianças com outros profissionais de saúde, bem como com professores e diretores de instituições. Uma aliança saudável é a que ocorre em nível estratégico, sendo uma parceria de organizações ou indivíduos que visam habilitar as pessoas a aumentar o controle e melhorar sua saúde e bem-estar. Isto vai além de cuidados de saúde, sendo um esforço para mudar circunstâncias sociais e ambientais que afetam a saúde coletivamente¹⁴.

3. A base das recomendações para o papel da equipe odontológica é: (a) As abordagens da Atenção Integral em Saúde e (b) O Fator de Risco Comum. Estes têm se tornado base também de muitas políticas de saúde. Dentistas poderiam desempenhar duplamente papéis importantes em tais abordagens; seja promovendo saúde bucal, seja trabalhando com uma equipe multiprofissional com quem possam promover saúde geral. Tal expansão do papel do dentista seria mais efetiva, em termos de saúde bucal, e desafiadora em termos de desenvolvimento pessoal. A tarefa dos profissionais de saúde é convencer a sociedade a empreender as medidas sociais essenciais, mediadas por governos ou não, exigidas para resolver problemas de saúde específicos, e participar na implementação destas políticas. Ignorar a necessidade de desenvolvimento de políticas sociais efetivas para saúde em favor da concentração exclusiva em problemas de comportamento individual, não somente é excessiva simplificação, mas também uma evasão de responsabilidades em saúde coletiva.

4. A crítica de TERRIS¹⁵, sobre a ênfase em estilo de vida individual como causa e solução de problemas de saúde, continua particularmente pertinente para a Odontologia, porque muitos formuladores de políticas odontológicas ainda "culpam" as pessoas por suas doenças bucais. Quanto mais atentamente são examinados os detalhes de estilo de vida, mais se ouve um chamado para os indivíduos assumirem maior responsabilidade pela sua saúde bucal, e mais complexas se tornam as questões. Há

sérios problemas na modificação de comportamentos que produzem transformações em estilos de vida e, em muitas instâncias, mudanças socioeconômicas mais amplas e profundas são pré-condição para que isso aconteça.

Há várias opções de políticas odontológicas a serem consideradas. A opção usual de tratar casos com grande número de dentistas continua sendo a abordagem predominante, embora outra que acentua o tratamento preventivo e que usa a equipe odontológica esteja se tornando evidente. Ambas opções dependem fortemente do dentista e podem ser aceitas por planejadores conservadores, considerando que a força de trabalho existe e as associações profissionais aprovarão a manutenção do *status quo*. Uma terceira opção é uma estratégia de alto risco que, embora adote o discurso preventivo, investe em mudanças de comportamento individual usando métodos de educação/promoção de saúde, com dentistas - e às vezes auxiliares - realizando a "educação ao lado da cadeira odontológica" e a terapia preventiva. Uma quarta opção é a estratégia populacional, no contexto de uma abordagem ampla, muitas vezes transetorial, visando fatores de risco/fatores de saúde para promoção da saúde coletiva.

A maior implicação da análise anterior, em relação a opção quanto à políticas odontológicas relevantes, bem como a defesa da estratégia populacional, é sua generalização para diversas situações. Programas que adotam tal estratégia deveriam conter os seguintes componentes (Fig. 2.12):

FIGURA 2.12: ATIVIDADES PARA PROGRAMAS QUE ADOTAM A ESTRATÉGIA POPULACIONAL

- Uma aproximação ampla com a comunidade, incorporando os princípios de integração com educação geral em saúde, diversidade de métodos pedagógicos e participação da comunidade no planejamento e implementação
- Educação de lideranças comunitárias para melhorar comportamentos coletivos de saúde, através de uma compreensão maior de seu papel na formação de opinião pública. Elas assumem um papel moderador e modelador e suas habilidades organizativas ajudam a implementar estratégias preventivas
- Métodos de educação de massa com a mídia, para a educação do público em geral, aumentando a consciência e o conhecimento do corpo, educando todos os grupos etários num programa continuado e consistente
- Mudanças ambientais - o encorajamento de comportamentos promotores de saúde pode ser alcançado modificando o ambiente; por exemplo: melhorias de higiene em escolas e locais de trabalho, provisão de instalações sanitárias adequadas e a introdução de práticas de "marketing" que encorajem a venda de produtos de higiene bucal a baixo custo.

REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os principais objetivos de políticas de saúde são redistribuição, proteção social e garantia de produção e consumo eficientes de serviços de saúde. Ou seja, melhorar saúde, eficiência e equidade. O que se quer em termos de saúde é equivalente ao anterior: que haja um mínimo de necessidade de saúde bucal não atendida e que um máximo de saúde bucal seja alcançada por todos.

Em sintonia com tais objetivos e com o pressuposto de tornar "as escolhas saudáveis as escolhas mais fáceis", deveríamos considerar que o modo de provisionamento do cuidado bucal e a remuneração da equipe odontológica, podem fazer da boa prática odontológica a maneira mais fácil de praticá-la. ENTHOVEN¹⁶ observa que nenhum país alcançará um sistema de saúde verdadeiramente satisfatório até que "(...) nós encontremos um modo de criar incentivos internos e dinamismo para a qualidade, economia e bom atendimento ao cidadão usuário dos serviços".

Qual sistema de remuneração poderia levar à prevenção e a não-intervenção? Qual sistema melhorará a comunicação com o público e pacientes?

O sistema de pagamento e o ambiente de trabalho deveriam ter incentivos que tornassem as decisões promotoras de saúde, a qualidade e bom atendimento aos usuários, as escolhas mais fáceis. Nenhum único sistema de remuneração para profissionais - seja ele taxa por serviço prestado, salário ou capitação - pode conter todos os objetivos desta política de qualidade.

Dentistas são normalmente pagos através de remuneração por serviço prestado, salário ou pagamento de capitação, ou por uma combinação destes métodos. O sistema de remuneração por serviço prestado está baseado em produção alavancando a renda. Este sistema de pagamento, "travestido" de várias formas na esfera pública e privada (incluindo as formas de convênios e credenciamentos), encoraja tratamento e conduz a um aumento de custos, contribuindo para a perpetuação da abordagem restauradora antiquada. Embora este seja um sistema muito comum de remuneração de dentistas, ele tem sido criticado severamente - mais recentemente pelo BLOOMFIELD REPORT¹⁷. Crítica mais dura ainda já tinha sido feita no passado pelo TATTERSALL COMMITTEE (General Dental Services Committee)¹⁸. Em suas conclusões e recomendações foi dito que um sistema de remuneração baseado em taxa por serviço prestado, para cuidado dentário, era "indigno da arte e ciência da Odontologia."

Para alcançar maior equidade, eficiência e participação do paciente, dentistas deveriam ser pagos principalmente em uma base de capitação. Este, além de

ser um sistema mais apropriado de remuneração, torna-se particularmente interessante quando a doença está declinando e deveriam haver incentivos para não tratar. Em capitação, ao fazer o diagnóstico correto e prontamente e ao monitorar o paciente sem causar excesso de intervenção e iatrogenese, o profissional é recompensado. Enquanto que, no sistema de remuneração por serviço prestado, o fracasso na realização do diagnóstico imediato e adequado monitoramento, resultará em mais necessidades reparadoras acumuladas, mais visitas e mais dinheiro para o dentista. Como consequência, o paciente sai perdendo.

O sistema de capitação encoraja a não-intervenção e a continuidade do cuidado, recorrendo ao maior uso de auxiliares - tendo como decorrência benefícios positivos para os pacientes, estabilidade financeira e maior satisfação profissional para o dentista.

Entretanto, isto deve ser acompanhado por uma política de força de trabalho apropriada, já que o problema não é de escassez, mas de excesso de pessoal¹⁹. Capitação proporciona um modelo de compra ou provimento de cuidados, possibilitando um gerenciamento de serviços mais sensível e factível em relação às necessidades locais de saúde bucal²⁰.

A INTEGRAÇÃO DE ESTRATÉGIAS ODONTOLÓGICAS NA ABORDAGEM DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

As lições aprendidas através da análise dos fatores que melhoraram a saúde bucal em países industrializados ajustam-se perfeitamente nas abordagens do fator de risco comum e de atenção básica em saúde. Estas estratégias enfocam prevenção, uso de tecnologia apropriada e abordagem transectorial, com participação da comunidade. Serviços deveriam ser equitativamente distribuídos e os benefícios da prevenção serem difundidos. As estratégias preventivas internacionais, recomendadas para prevenir e controlar as doenças bucais, são: uma política de alimentação para controlar o uso de açúcares; uma política sobre dentifícios fluoretados e o processo de adicionar flúor à água ou sal; uma abordagem comunitária para melhorar a higiene corporal e bucal; cuidados bucais apropriados conduzidos em clínicas com rigoroso controle de infecção.

Tais estratégias para prevenir doenças bucais requerem menos pessoal odontológico porque elas seriam incorporadas em políticas de promoção e educação em saúde geral. A produção de dentistas custa de 3 a 6 vezes mais que a produção de auxiliares de nível médio, os quais, por sua vez, custam aproxima-

damente 2 vezes mais do que auxiliares menos especializados. Embora haja evidências que auxiliares podem promover cuidados de alta qualidade, a proporção entre dentistas e auxiliares operadores é de 10 para 1, em países em desenvolvimento. Esta proporção deveria ser revertida. Há uma necessidade para coordenar serviços em todos os níveis e desenvolver descrições de trabalho e indicadores de desempenho para todo o pessoal odontológico. Por exemplo, a descrição de trabalho para dentistas em atenção básica poderia ser relacionada ao cuidado continuado do paciente, gerenciamento de equipamento e administração de insumos, administração de pessoal, participação comunitária, promoção de padrões profissionais de qualidade e administração local de políticas mais gerais.

Assim como em países industrializados, também em países emergentes há muitos dentistas sendo mal direcionados para um mercado de trabalho em rápida transformação. A composição das categorias da equipe odontológica, na força de trabalho, é inapropriada para a provisão mais eficiente e econômica dos cuidados bucais²¹. Por exemplo, os níveis declinantes de doença bucal em países industrializados e as tendências direcionadas para autocuidado e mínima intervenção clínica, conduzirão a um excesso de pessoal odontológico, treinado para atuar em condições historicamente superadas. O mesmo pode ocorrer rapidamente em países emergentes.

Embora em alguns destes países emergentes as doenças bucais estejam aumentando, se uma abordagem populacional de atenção básica de saúde for adotada e conhecimento de prevenção for implementado, será improvável que haja necessidade de mais pessoal odontológico do que existe no momento.

■ O PAPEL DA EQUIPE ODONTOLÓGICA

A estratégia de prevenção voltada para a redução do principal fator de risco, açúcares, e o aumento da resistência dos dentes com fluoretos na água e dentifrícios, deverão reduzir os níveis de cárie dentária, progressivamente. Selantes de fissuras e ionômeros de vidro serão capazes de controlar e reparar as lesões de cárie residuais, para grande parte da população em um futuro não muito distante. Possivelmente, então, problemas periodontais ocuparão maior atenção do que a cárie dentária, em termos de problema de saúde pública. Entretanto, uma possível melhora geral em higiene bucal e a redução

do tabagismo, tenderão a diminuir os níveis de doença periodontal para níveis compatíveis com a manutenção de uma dentição aceitável e essencial para a vida da maioria das pessoas.

Como um dos aspectos mais importantes da abordagem de saúde pública para prevenir e controlar doença periodontal é a estratégia de promoção de saúde para melhorar a limpeza geral do corpo e a limpeza bucal, uma abordagem integrada com programas de higiene geral, levados a cabo por profissionais de atenção primária e professores, exigirá da equipe odontológica o domínio de habilidades pedagógicas e organizacionais. Um educador em saúde bucal bem treinado ou higienista dental poderiam cumprir este papel.

Educadores de saúde bucal são os mais valiosos colaboradores em programas de saúde periodontal. Eles deveriam integrar suas atividades com aquelas dos departamentos de educação e de saúde. Higienistas dentais são necessários para atividades relacionadas à prevenção secundária de doenças periodontais, tais como raspagem e instrução de limpeza bucal, como também para o tratamento de casos de alto risco. O tratamento e o cuidado requerido por grande maioria das pessoas com doenças periodontais pode ser feito por auxiliares odontológicos. Dentistas clínicos não são necessários para tratar casos rotineiros. Seu papel é realizar diagnóstico e plano de tratamento. Dentistas com treinamento avançado em periodontia são necessários para cuidar de um pequeno número das pessoas com doenças periodontais severas - predominantemente em população de terceira idade. Avaliação e monitoramento de prevenção, tratamento e tendências em saúde periodontal deverão ser conduzidos por um epidemiologista.

Quando as tarefas relativas à promoção de saúde bucal são adicionadas às tarefas acima citadas, então os papéis se tornam mais amplos e incluem: a definição de objetivos, fixação de prioridades, desenvolvimento de políticas, envolvimento com as pessoas, coordenação de estratégias, avaliação epidemiológica, monitoramento de tendências de risco, avaliação de serviços, educação do público e outros profissionais, difusão de informações, facilitação de processos de trabalho, coordenação dos cuidados, planejamento local estimulando foros locais, influência sobre políticos e indivíduos com poder de decisão, administração e supervisão em adição aos papéis clínicos básicos de diagnóstico e cuidados complexos. Finalmente, cabe ainda destacar como os profissionais de saúde bucal podem realizar "advocacia da saúde". MILIO²² esboçou alguns papéis importantes que se aplicam aos advogados da saúde. São eles (Fig. 2.13):

FIGURA 2.13: PAPÉIS RELEVANTES PARA "ADVOGADOS" DA SAÚDE

- Estabelecimento da agenda de promoção de saúde, ou definição se uma determinada questão pública é um problema apropriado para política pública
- Enquadramento de problemas ou determinação e definição do âmbito do problema com impacto em saúde
- Definição de prioridades de enfrentamento de problemas
- Apresentação de opções ou busca de possíveis soluções, incluindo estratégias e metas
- Seleção criteriosa de estratégias disponíveis, ou através de quais critérios as opções deveriam ser escolhidas
- Seleção de políticas, ou influência sobre quem carrega a responsabilidade para decidir
- Escolha de meios ou como e por quem deveriam ser implementadas as políticas
- Indicadores de sucesso, ou determinação de critérios e fontes para avaliação
- Mudança de metas ou meios, ou como a política deveria ser reformulada.

Portanto, advocacia em saúde é a ação de profissionais de saúde e outros, com reconhecida autoridade em saúde, para influenciar as decisões e ações de indivíduos, comunidades e governos. Advocacia em saúde envolve a educação de membros de alto nível de governo, líderes comunitários e profissionais de mídia - os formuladores de políticas em geral e formadores de opinião em particular - sobre questões que causam impacto na saúde. Isto implica na definição da agenda de trabalho para obter decisões políticas que melhorem a saúde da população²³. Advogados da saúde, de acordo com BAUM²⁴, colocam suas competências à serviço da comunidade - agindo na base e não no topo.

Muitos destes papéis não são atualmente adotados pela maioria dos profissionais da equipe odontológica. As taxas declinantes das doenças bucais farão os mesmos mudarem seus papéis de uma ação puramente "entre quatro paredes" para uma ação "sem paredes", porque o papel lógico para os profissionais de saúde bucal envolverá o trabalho com um vasto conjunto de formuladores de políticas, profissionais de saúde e educadores²⁴.

Os papéis dependerão da orientação do serviço. Se o serviço for planejado para tratar casos existentes de doença bucal, sobretudo na população adulta, a equipe consistirá de um ou mais dentistas, mais alguns auxiliares operadores, como higienistas ou terapeutas dentais que tratam problemas bucais. Tratamento preventivo necessitará de uma equipe incluindo, adicionalmente, educadores em saúde bucal. Mas quando a estratégia populacional é adotada, a equipe se expande para incluir dentistas de saúde pública e profissionais de atenção básica em saúde.

Cabe, ainda, perguntar qual será o papel apropriado para a equipe odontológica em prevenção? A fundamentação econômica para a intervenção clínica, preventiva, depende da prevalência da doença. Com

condições raras, os retornos são muito pequenos para justificar a intervenção. No caso da cárie, o custo por lesão prevenida no consultório odontológico aumenta, a medida que diminui o nível de cárie. Com o nível mais baixo de cárie dentária atualmente prevalente nas populações jovens, os procedimentos preventivos tradicionais, tais como bochechos com fluoretos, aplicação intensiva de selantes, uso indiscriminado de radiografias para diagnóstico, terapias de flúor aplicadas por profissionais e educação intensiva realizada no consultório odontológico, tornam-se injustificáveis, porque eles já não são mais custo-efetivos. Deverá prevalecer então, uma análise contextual, fundamentada em evidências epidemiológicas, para estabelecer a correta decisão em termos de intervenção preventiva clínica, individual.

CONCLUSÕES

O futuro dos dentistas clínicos coloca a perspectiva de um profissional executando menos procedimentos, sendo os mesmos de natureza mais complexa e de melhor qualidade, em termos biotecnológicos e preventivos. Tais procedimentos deverão futuramente, ser mais necessários na população adulta, particularmente em grupos de terceira idade. Além disso, muito do trabalho dos dentistas poderá ser desenvolvido na defesa de políticas saudáveis - papel descrito como de "advogado da saúde". Tal papel, caso seja efetivamente assumido, ampliará as expectativas de trabalho, sobretudo na área pública, somando-se aos papéis em gerência, planejamento e epidemiologia. A estratégia populacional e a abordagem de risco comum apresentar-se-ão como as metas mais racionais de advocacia em saúde para dentistas, na defesa da promoção da saúde geral e bucal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO (1987). Ottawa Charter for health promotion. *Health Promotion*, 1(44): iii-v.
2. LINK B.G., PHELAN J. (1995). Social conditions as fundamental causes of diseases. *Journal of Health and Social Behaviour*, (Extra Issue): 80-94.
3. GRABAUSKAS V.J. (1987). Integrated programme for community health in noncommunicable diseases (inter-health). In: LEPARSKI E (ed.). *The prevention of non-communicable diseases: experiences and prospects*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, pp. 285-310.
4. ROSE G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14: 32.
5. WHO (1984). *Health Promotion. A discussion document on the concept and principles*. Copenhagen: World Health Organization.
6. WHO (1987). *The prevention of non-communicable diseases: experiences and prospects*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
7. WHO (1991). *Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases*. Technical Report. Series 797. Geneva: World Health Organization.
8. WHO (1984). *Prevention methods and programmes for bucal diseases*. Technical Report Series 713. Geneva: World Health Organization.
9. SHEIHAM A., JOFFE M. (1991). Public Dental Health Strategies for Identifying and Controlling Dental Caries in High and Low Risk Populations. In: JOHNSON, N.W. (ed.). *Markers of High and Low Risk Groups and Individuals for Dentária Caries*. Cambridge: Cambridge University Press, chapter 21.
10. SHEIHAM A., LEVERETT D.H. (1986). The goals of community dentistry. In: Granath L., McHugh W.D. (eds). *Systematized Prevention of Bucal Disease: Theory and Practice*. Boca Raton, Florida: CRC Press, pp. 223-230.
11. SHEIHAM A., SMALES F.C. (1979). Some results from a computer model for predicting the long-term effects of periodontal therapy on tooth loss in large populations. *Journal of Periodontal Research*, 14: 248.
12. MAUTSCH W., SHEIHAM A. (1995). *Promoting Bucal Health in Deprived Communities*. Berlin: German Foundation for International Development (DSE). 520 pages.
13. MOYSES S.J. (1997). O conceito de promoção de saúde na construção de sistemas de atenção em saúde bucal coletiva. In: KRIGER L. (ed.). *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: ABOPREV/Artes Médicas, pp. 373-407.
14. ADAMS L. (1994). Health promotion in crisis. *Health Education Journal*, 53: 354-360.
15. TERRIS M. (1968). A social policy for health. *American Journal of Public Health*, 58: 5.
16. ENTHOVEN A.C. (1990). *What can Europeans learn from Americans?* Symposium on International comparisons of health care systems. Health Care Systems in Transition. Paris: OECD Social Policy Studies N°7, pp. 57-71.
17. BLOOMFIELD K. (1992). *Fundamental Review of Dental Remuneration*. London: Department of Health.
18. BDA, General Dental Services Committee (1964). Report of the Ad-Hoc Sub-Committee on Methods of Remuneration (The Tattersall Report). *British Dental Journal*, 117: 331-346.
19. BARMES D.E., TALA H. (1987). Health manpower out of balance: conflicts and prospects for bucal health. In: BANKOWSKI Z., MEJIA A. (eds.). *Health manpower out of balance Conflicts and prospects*. Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences, pp. 158-67.
20. ABEL-SMITH B. (1994). *The reform of health systems: a review of seventeen OECD countries*. Paris: Health Policy Studies No 5.
21. SHEIHAM A. (1989). Future patterns of dental care - manpower implications for industrialized countries. *British Dental Journal*, 166: 240.
22. MILIO N. (1988). Making healthy public policy. *Health Promotion* 2: 263-274.
23. VINTHER J.E. (1988). *Bucal health care personnel problems*. Paper presented at "Dentistry in Finland". Helsinki: Finnish Dental Society. (mimeo).
24. LABONTE R. (1989). Community Health Promotion. In: MARTIN C.L., MCQUEEN D.V. (eds.). *Readings for a New Public Health*. Edinburgh: Edinburgh University Press, pp. 235-249.
25. BAUM F.E. (1993). Healthy Cities and change: social movement or bureaucratic tool? *Health Promotion International*, 8: 31-40.