

CONCEPÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PRESENTES NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE BUCAL

Conceptions of health promotion present at the National Oral Health Conferences

Artigo Original

RESUMO

Objetivos: Analisar as Conferências Nacionais de Saúde Bucal, com ênfase na concepção e fundamentos da promoção da saúde, entendendo este recorte como um alinhamento do papel social da Odontologia. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo de cunho documental, realizado a partir da análise dos relatórios finais das três conferências nacionais de saúde bucal disponíveis no site do Ministério da Saúde. Para fins de análise desta pesquisa, de base documental, utilizou-se o referencial da análise temática para apreender as concepções e os fundamentos de promoção da saúde presentes. **Resultados:** Pôde-se observar que a odontologia foi gradativamente incorporando o sentido e o significado da promoção da saúde enquanto referencial orientador para ações de saúde bucal. Evidenciou-se que a visão ampliada de saúde faz parte do relatório das três conferências, e que concepções de promoção da saúde concernentes com o cenário internacional da época foram assumidas, mesmo ainda evidenciando-se ações preventivas de caráter vertical. Fundamentos importantes para a promoção da saúde também estão presentes, tais como intersetorialidade, integralidade das ações, equidade, autonomia e participação popular. **Conclusões:** Tais concepções foram de fundamental importância para agregação junto a uma Política Nacional de Saúde Bucal que viria a se concretizar anos depois.

Descritores: Saúde Bucal; Promoção da Saúde; Conferências de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the National Oral Health Conferences, with emphasis on design and foundations of health promotion, as an alignment of the social role played by dentistry. **Methods:** It is a descriptive study, conducted with basis on the documentary analysis of the final reports of the three national conferences of oral health, available on the website of the Ministry of Health. The analysis in this evidence-based research was inspired by the reference of thematic analysis to grasp the existing concepts and foundations of health promotion. **Results:** It was observed that dentistry was gradually incorporating the sense and meaning of health promotion as a guiding reference for oral health strategies. It was evident that the broader view of health is part of the reports of the three conferences and that concepts of health promotion pertaining to the international scene at the time were taken even further, evidencing preventive actions of vertical character. Relevant basis for health promotion are also present, such as intersectionality, integrality of actions, equity, autonomy and popular participation. **Conclusion:** Such views have been of great importance for aggregation along a national oral health policy that would become a reality, years later.

Descriptors: Oral Health; Health Promotion; Health Conferences.

José Amilton Costa Silvestre⁽¹⁾
Maria Socorro de Araújo Dias⁽¹⁾
Edson Holanda Teixeira⁽¹⁾

1) Universidade Federal do Ceará - UFC -
Sobral (CE) - Brasil

Recebido em: 08/08/2011
Revisado em: 27/09/2011
Aceito em: 16/10/2011

INTRODUÇÃO

As profundas mudanças históricas pelas quais passou a humanidade no decorrer do século XX levaram à incorporação de paradigmas que caracterizaram a saúde como algo intrinsecamente vinculado ao adoecer. Foi assim com a efetivação do modelo hegemônico centrado na doença, no biológico e de cunho hospitalocêntrico⁽¹⁾. Mas, o mundo passou por profundas mudanças ideológicas pautadas numa crescente globalização que aproximou nações, e com elas seus problemas, seus avanços, suas ideias⁽²⁾.

Com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), fez-se, então, palco para que tensões dentro do processo de mudanças internacionais se voltassem para um novo enxergar da saúde, agora vista no seu mais amplo aspecto, englobando o social, o físico e o psicológico. Estavam, assim, lançadas as bases epistemológicas internacionais para a mudança de paradigma, ou seja, a transição do modelo de base assistencialista para um modelo que promovesse saúde^(3,4).

Movimentos internacionais e nacionais vêm, desde a década de 1970, contribuindo para ampliação deste entendimento. Destaca-se a I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários da Saúde, realizada em Alma-Ata, a qual contribuiu para a construção do conceito de promoção da saúde, que tem fundamentado as conferências internacionais de promoção da saúde⁽⁴⁾.

No Brasil, profundas transformações políticas marcaram esse período. Diretas já, anistia para todos, e ruptura de um modelo político totalitário abriram as portas para o movimento da Reforma Sanitária brasileira. Em março de 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) e todo o arcabouço ideológico do Sistema Único de Saúde (SUS), que, mais tarde, em 1988, teria sua fundamentação jurídica através da Constituição Federal (CF)⁽⁵⁾.

Após o surgimento do SUS, as CNS assumiram um papel importante na luta por mudanças pautadas no Controle Social como princípio doutrinário expresso na CF de 1988⁽⁵⁾.

As diversas conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos, sendo que no primeiro a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, tendo foco nos estilos de vida adotados e no seio familiar, e, no máximo, o ambiente cultural da comunidade em que se encontram. No segundo grupo estão os determinantes gerais sobre as condições de saúde, caracterizando, assim, modernamente, a promoção da saúde. Suas atividades estariam centradas no coletivo de indivíduos e no ambiente, compreendido num sentido amplo de ambiente físico, social, político, econômico e

cultural, com políticas públicas e condições que favoreçam ao desenvolvimento da saúde. Tudo isso através de escolhas saudáveis e do reforço da capacidade dos indivíduos e da comunidade⁽⁶⁾.

No Brasil, a ideia de promoção da saúde tomou várias perspectivas, entre as quais o desenvolvimento da estratégia da Vigilância da Saúde, com a qual se buscou integrar atividades de promoção, prevenção e cura, articulando conhecimentos e técnicas oriundos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde⁽⁷⁾.

A chegada da promoção da saúde no Brasil é acompanhada do processo de reformulação do sistema de saúde e na reconstrução de práticas e estratégias de intervenção em saúde, identificadas como inadequadas, principalmente devido à adoção do conceito ampliado de saúde, e que foi consolidado no arcabouço jurídico-legal SUS⁽⁷⁾.

A VIII CNS propôs conceitos e objetivos similares aos que seriam apresentados em novembro do mesmo ano, na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá⁽⁸⁾. Como produto de ambas as conferências – nacional e internacional – propôs-se a ressignificação da saúde, não a reduzindo simplesmente à ausência de doença, mas significando também a atenção às necessidades básicas dos seres humanos, em um ambiente que favorecesse seu crescimento e desenvolvimento⁽⁹⁾.

Como parte do amplo processo que marcou a 8ª CNS realizou-se, ainda em 1986, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB). Mais duas conferências foram realizadas, a segunda em 1993 e a terceira em 2004⁽⁵⁾.

Analisando os relatórios finais das CNSB na perspectiva de identificar qual(is) concepção(ões), fundamentos de promoção da saúde e sinalizações de práticas que correspondem à concepção ampliada de promoção da saúde estão presentes nas CNSB. A pesquisa intenta contribuir para o fortalecimento e resgate do Controle Social dentro da Odontologia, além de possibilitar a obtenção de novos conhecimentos.

MÉTODOS

Estudo descritivo de cunho documental, realizado a partir da análise dos relatórios finais das três CNSB disponíveis no site do Ministério da Saúde (MS), a partir de um roteiro contendo três perguntas norteadoras acerca da concepção, fundamentos e resultados absorvidos pela Odontologia em relação à promoção da saúde presente nas conferências.

A organização dos dados foi fundamentada na análise de categoria temática⁽¹⁰⁾, que considera que fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que

compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.

Didaticamente esta análise dividiu-se em três etapas: uma primeira de pré-análise, que consistiu na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa; uma segunda etapa de exploração do material, que consistiu essencialmente numa operação classificatória, que visou a alcançar o núcleo de compreensão do texto; e uma terceira etapa de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, onde foram propostas inferências e realizadas interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente⁽¹⁰⁾.

RESULTADOS

A 1ª CNSB ocorreu um mês antes da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa, que trouxe, através da Carta de Ottawa, outro referencial ao conceito de promoção da saúde, que foi expressa como um processo com participação ativa da população e capaz de assegurar o máximo de controle sobre a saúde de cada indivíduo, e que vai além da prestação de cuidados⁽⁵⁾.

O relatório da 1ª CNSB colocou que “[...] a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade [...]”^(11:3).

A 2ª CNSB ocorreu em 1993, sete anos após a primeira⁽¹²⁾. Ao analisar o relatório da 2ª CNSB não se encontra relação ou avanço condizente com as novas propostas de promoção da saúde colocadas no contexto internacional. Na verdade, repete-se o mesmo conceito de saúde colocado na carta anterior, mas não vai além disso. Nota-se, tanto na 1ª quanto na 2ª CNSB, ênfase ao se propor ações de cunho preventivo e de transmissão de conhecimentos à população, notadamente características, ainda, de um modelo hegemônico centrado na especialização, e biológico^(11,12).

A 3ª CNSB ocorreu em meados de 2004, ou seja, onze anos após a segunda⁽⁵⁾. O relatório final da 3ª CNSB foi composto de 84 páginas, bem maior se comparado ao das anteriores, e carrega o anseio de mudanças que ainda não haviam sido efetivadas e nem colocadas nas conferências anteriores. Ao referir-se à saúde bucal, o texto é enfático ao afirmar que “[...] as condições de saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social. Seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços [...]”^(13:7).

Alguns fundamentos de promoção da saúde são expostos nos relatórios das três conferências: participação social, integralidade, equidade, intersetorialidade e autonomia⁽¹¹⁻¹³⁾.

A participação popular aparece nos três relatórios, embora que na 2ª CNSB seja colocada como proposta a “transferência de conhecimento para a população”^(12:8). Contrário ao pregado pelo próprio movimento de promoção da saúde no Brasil, e por que não, na América Latina.

Na América Latina, as ideias do movimento da promoção da saúde encontraram uma realidade de pobreza e desigualdades que, desde logo, impôs um deslocamento do foco para as questões estruturais. Mais do que práticas educativas voltadas para mudanças comportamentais, a promoção da saúde na América Latina priorizou os processos comunitários voltados para mudanças sociais⁽¹⁴⁾.

Com isso, ao propor, em seu relatório, que a “desmonopolização do saber, a transferência do conhecimento para a população e a correta informação sobre os serviços de saúde oferecidos deverão ser uma preocupação essencial do modelo de atenção à saúde bucal”⁽¹²⁾, a 2ª CNSB limita a ação do empoderamento ao situar a transmissão do saber como fator importante.

É preciso dizer que em nenhuma das conferências aparece o termo “empoderamento coletivo”, um termo de suma importância incorporado à promoção da saúde nos últimos anos. A noção de empoderamento desenvolveu-se dentro da promoção da saúde, sob a influência de Paulo Freire, e tal conceito busca destacar a ideia da saúde como um processo e uma resultante de lutas de coletivos sociais por seus direitos⁽¹⁵⁾.

No relatório final da 3ª CNSB, a transmissão de conhecimentos é substituída por “Promover e incentivar a construção compartilhada de conhecimentos [...]”^(13:23), e colocou a importância do controle social para conquistar uma melhor qualidade de vida⁽¹³⁾.

Em nosso país, a conquista legal afirmou o direito do cidadão à saúde e o dever do Estado em garantir esse direito; o princípio da responsabilidade também cria para o cidadão o dever ético de participar na tomada de decisões. O controle social justifica-se por ser a saúde um bem público que não pode ter suas ações decididas unilateralmente por interesses econômicos de grupos ou de categorias profissionais que militam no setor⁽¹⁶⁾.

Nota-se claramente uma evolução na abordagem das concepções de promoção da saúde no decorrer das três conferências, abrangendo conceitos que foram difundidos largamente a partir da década de 1980, tais como ambientes saudáveis, conceito ampliado de saúde e participação popular. Porém, nas três conferências, identifica-se ênfase em ações preventivas verticais ao se colocar como proposta a organização de ações preventivas de caráter vertical por parte do MS, uma clara visão centrada num modelo hegemônico biológico e com ênfase na especialização⁽¹¹⁻¹³⁾.

As três CNSB referiram-se à integralidade das ações, o que ficou mais claro na 3ª conferência, que propôs a efetivação da integralidade das ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde bucal, em todas as fases da vida, tanto em nível nacional, estadual e municipal⁽¹³⁾.

A intersectorialidade é outro fundamento também presente nas três conferências, porém, mais uma vez, muito mais explícito na 3ª CNSB⁽¹³⁾. A questão da intersectorialidade tem sido discutida fortemente desde a Conferência de Adelaide, realizada em 1988. A intersectorialidade é um processo de construção compartilhada, em que os variados setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhe são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros⁽¹⁷⁾.

Ela fica evidente no relatório final da 3ª CNSB, ao colocar a necessidade de

Ampliar a compreensão da saúde bucal no sentido de possibilitar uma melhor qualidade de vida, garantindo o tratamento de forma intersectorial como política de governo para a inclusão social e a construção da cidadania [...]. Reforçar junto à população, gestores, trabalhadores e conselhos de saúde a cultura da intersectorialidade [...]. Criar comissões intersectoriais em todos os conselhos de saúde como forma de viabilizar a educação em saúde bucal [...]. Incentivar e consolidar a intersectorialidade e interdisciplinaridade entre órgãos formadores de ensino e na rede do SUS [...] Criar Fóruns de Políticas Intersectoriais, envolvendo educação, saúde e ação social [...]

(13: 23, 24, 33, 38, 50)

O fundamento “equidade” não aparece no relatório final da 1ª CNSB⁽¹¹⁾. Na verdade, como fundamento trabalhado pela moderna promoção da saúde e incorporado à Reforma Sanitária brasileira constituiu-se como um dos princípios doutrinários do SUS, mas que nem a própria CF refere-se ao termo, e muito menos as leis orgânicas que seguiram a Carta Magna brasileira.

O conceito de equidade tem sido utilizado em dois sentidos, um geral e outro específico. No sentido mais vago, o termo se confunde com o próprio significado da palavra justiça. Os termos se equivaleriam, seriam sinônimos, e indicariam a preocupação em se estabelecer regras justas para a organização social⁽¹⁸⁾.

No relatório final da 2ª CNSB, o termo equidade aparece quando se coloca a necessidade de reafirmação dos conceitos de universalidade e equidade como pré-condições para o exercício pleno da cidadania⁽¹²⁾. Já na 3ª CNSB, o termo equidade foi colocado ao ser exposta claramente a necessidade de “promover a equidade na atenção à saúde,

reduzir as desigualdades regionais, ampliar a oferta de ações de saúde, garantindo a universalidade do acesso aos mais vulneráveis pelas desigualdades sociais, de gênero, raça, etnias...”^(12:22).

A autonomia é colocada apenas no texto final da 3ª CNSB⁽¹³⁾, quando foi explicitada a necessidade de resguardar a autonomia de decisão de cada conselho, a necessidade de maior autonomia da esfera municipal para melhorar a implementação das ações de saúde bucal, ou então, quando colocou a necessidade de garantia da autonomia por parte da esfera municipal para definir composição e abrangência do número de famílias por parte das Equipes de Saúde Bucal (ESB)⁽¹³⁾.

Autonomia pode ser entendida como um processo de co-construção que possibilita uma maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e de agirem sobre si mesmos, e também sobre o contexto conforme os objetivos democraticamente estabelecidos⁽³⁾.

Fundamentos importantes da promoção da saúde, tais como território, redes de articulação e parceria, não foram abordados em nenhuma das CNSB.

DISCUSSÃO

Diferentes concepções do que seja promoção da saúde foram se desenvolvendo no decorrer do tempo. Cada avanço no conhecimento das causas e determinações do processo saúde-doença foi gerando um enriquecimento e diversificação de medidas de proteção à saúde e combate à doença, que variam também com a ênfase atribuída a cada um dos fatores⁽¹⁹⁾.

Para analisar as diferentes concepções de promoção da saúde presentes ou não nos relatórios finais das conferências, utilizou-se como base referencial as concepções de promoção da saúde apresentadas por Buss⁽⁶⁾. Para o autor, a promoção da saúde vem sendo interpretada, de um lado, como reação a uma crescente medicalização da vida social e como uma resposta setorial articulada de diversos recursos técnicos e posições ideológicas. O termo foi utilizado, a princípio, para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, e seu significado foi mudando, e passou a representar um enfoque mais político e técnico dentro do processo saúde-doença-cuidado⁽⁶⁾.

Ao analisar o relatório final da 1ª CNSB⁽¹¹⁾ observou-se a ênfase que é dada ao conceito ampliado de saúde e aos fatores já expostos pela corrente da moderna promoção da saúde, iniciado em meados da década de 1970, no Canadá, com o informe Lalonde⁽⁶⁾, e somado às conferências internacionais de promoção da saúde dos anos seguintes.

Os fundamentos do Informe Lalonde encontram-se no conceito de campo da saúde, que reúne os chamados

determinantes da saúde. Esse conceito contempla a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde, dentro dos quais se distribuem inúmeros fatores que influenciam a saúde⁽⁶⁾.

No intervalo de tempo que separa a 1ª CNSB até a 2ª CNSB outras conferências internacionais ocorreram. Em 1988 tivemos a Conferência de Adelaide, que elegeu como tema central as políticas públicas saudáveis caracterizadas no interesse e preocupação em relação à saúde e equidade. Já em 1991 ocorreu a III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, na Suécia. Foi a primeira conferência a tratar diretamente a interdependência entre saúde e ambiente⁽⁶⁾.

No Brasil, a efetivação da proposta de promoção da saúde no âmbito do SUS aconteceu a partir de 1998, quando o MS iniciou a construção da Política Nacional de Promoção da Saúde, e que procurou garantir maior institucionalização, fortalecimento e superação da dicotomia entre as atividades clínicas e de promoção da saúde, e, ainda, evitar a superposição entre ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças⁽¹⁷⁾.

Internacionalmente, em 1997, ocorreu a Conferência de Jacarta, que pretendeu ser uma atualização da discussão sobre um dos pontos fortes de Ottawa, ou seja, o reforço da ação comunitária⁽⁶⁾.

Em 2000 aconteceu a V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no México. Neste período, o Brasil passava por profundas transformações econômicas e sociais, e o cenário para a 3ª CNSB trazia à tona uma infinidade de questões que acompanhavam as mudanças⁽⁵⁾.

Ao colocar fatores determinantes, assim como nas conferências anteriores, a 3ª CNSB aproxima-se da concepção de saúde vista de seu aspecto mais amplo. Porém, ainda, é visível a ênfase dada a ações preventivas e mudanças de estilo de vida, voltando-se para o conceito hegemônico limitador, embora coloque na apresentação dos resultados um conceito abrangente de saúde, relacionando a saúde bucal com macro determinante⁽¹³⁾.

As duas primeiras CNSB colocam, por várias vezes, propostas que limitam a promoção da saúde a aspectos preventivos, como fluoretação das águas e alimentação saudável de baixo teor cariogênico. Na primeira conferência, coloca-se, até como medida preventiva, a proposta de proibir a venda de doces em cantinas escolares⁽¹¹⁾.

Todas as propostas colocadas nos relatórios finais, principalmente da 3ª CNSB, tornaram disponíveis as bases, tanto para a produção de novos conhecimentos quanto para um adequado planejamento e organização das ações de saúde bucal no âmbito da saúde pública⁽²⁰⁾.

Tradicionalmente, a prevenção das doenças bucais tem sido equacionada em três níveis: prevenção primária – relacionada à iniciação da doença; prevenção secundária – quando se trata de impedir a progressão e recorrência da doença; e prevenção terciária – no momento em que se procura evitar a perda da função. Em relação à cárie dental, em geral a prevenção primária é entendida como sendo principalmente a fluoretação. É este o modelo hegemônico que prevalece, ainda, na Odontologia⁽²¹⁾.

As três CNSB representam a luta histórica de uma classe, e o que política e ideologicamente representa a prática e o discurso no campo da saúde. Entidades de classe, profissionais e usuários estiveram presentes nos três momentos, considerados históricos para a Odontologia. Foram seus anseios, suas concepções e o modo de se fazer saúde que lançaram as bases de construção dos três relatórios finais.

CONCLUSÕES

O papel social da Odontologia está fortemente representado ao se analisar os textos finais das três CNSB. Nota-se uma evolução na abordagem das concepções de promoção da saúde no decorrer das três CNSB. Pôde-se perceber que, em relação à concepção de promoção da saúde, evidenciou-se uma forte dicotomia entre um velho paradigma biológico, curativo e mutilador, para, então, ampliar-se com bases e concepções de um novo paradigma, que carrega no seu cerne uma visão ampliada de saúde, e a saúde bucal como parte inerente às mudanças a serem implementadas.

A importância das CNSB, além de histórica, representou uma forte base reivindicatória para políticas de saúde bucal que iriam se concretizar anos mais tarde. Mas a necessidade de maior organização da Odontologia dentro do Controle Social fica clara pela ausência das CNSB desde 2004. Novos estudos tornam-se necessários, tanto para resgate do papel social desempenhado pela Saúde Bucal Coletiva, quanto para melhoria das políticas públicas de saúde bucal.

REFERÊNCIAS

1. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis* [periódicos na internet]. 2007 jun [acesso em 2011 Jun 16]; 17(1):19-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>
2. Soares LT. Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2009.
3. Onocko Campos RT, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM,

- organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 669-88.
4. Sucupira AC, Mendes R. Promoção da Saúde: conceitos e definições. Sanare. 2003; 4(1):7-10.
 5. Manfredini MA. Saúde bucal no Brasil em 2008 e nos 20 anos de Sistema Único de Saúde. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Brasil. Série G. Estatística e Informação em Saúde). p.155-74.
 6. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. Saúde Coletiva [serial on the Internet]. 2000 [cited 2011 June 11]; 5(1):163-77. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en.
 7. Pasche DF, Hennington EA. O sistema de saúde e a promoção da saúde. In: Castro A, Malom M. SUS-ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p.27.
 8. Navolar TS, Rigon AS, Philippi JMS. Diálogo entre Agroecologia e Promoção da Saúde. Rev Brás Promoç Saúde. 2010; 23(1):69-79.
 9. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). Ciênc Saúde Coletiva [serial on the Internet]. 2009 [cited 2011 Jun 11]; 14(6):2305-16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600039&lng=en.
 10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
 11. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório Final [acesso em 2011 Jun 9]. Brasília; 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/Biblioteca.html>
 12. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final [acesso em 2011 Jun 9]. Brasília: Comitê Executivo da II CNSB; 1993. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/Biblioteca.html>
 13. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando a exclusão social. Relatório final [acesso em 2011 Jun 9]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/Biblioteca.html>
 14. Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. Ciênc Saúde Coletiva [serial on the Internet]. [cited 2011 June 11]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900007&lng=en.
 15. Pereira AC, organizador. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008.
 16. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciênc Saúde Coletiva [serial on the Internet]. 2004 [cited 2011 June 11] ; 9(3): 745-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300025&lng=en
 17. Arantes RC, Martins JLA, Lima MF, Rocha RMN, Silva RC, Villela WV. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. Rev APS [periódico na internet]. 2008 [acesso em 9 jun 2011]; 11(2):189-98. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/262/99>
 18. Campos GWS. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. Saude soc. [periódico na internet]. 2006 [cited 2011 Jun 11]; 15(2):23-33 . Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200004&lng=en&nr=iso.
 19. Carvalho AI, Buss PM. determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: Giovanella L, organizadora. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.141-66.
 20. Narvai PC, Frazão P. Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro; Fiocruz; 2008.
 21. Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Santos; 2008.

Endereço para correspondência:

José Amilton Costa Silvestre
Rua Esmerino Magalhães, 239
Bairro: Centro
CEP: 62350-000 - Ubajara - CE - Brasil
E-mail: amiltonc@gmail.com