

A saúde como objeto de consumo

Volnei Garrafa (*)

De uma maneira geral, a atenção aos agravos à saúde nos países da América Latina tem sido idealizada a partir de modelos sofisticados importados diretamente dos países industrializados, com montagens de serviços caros atendidos por pessoal nem sempre convenientemente qualificado e com formação e preocupações exclusivamente curativo-reparadoras. Desta forma, proliferaram nas áreas urbano-metropolitanas (não confundir com áreas urbano-marginais, as quais vêm crescendo assustadoramente em cidades como México, São Paulo, Caracas, Lima, Rio de Janeiro, Santiago do Chile, entre outras), de forma desorganizada e a programática, hospitais que geralmente permitem fácil acesso somente a uma pequena e privilegiada parcela da população. Os estudiosos do assunto e as autoridades governamentais devem começar a analisar a questão de uma nova forma, na procura de soluções mais agudas e ágeis que venham a beneficiar o homem coletivamente considerado. "Evidentemente não se trata de aplicar ainda mais "know-how" técnico, mas sim, em alguns casos será necessário introduzir modificações drásticas ou revolucionárias no enfoque de atenção à saúde das pessoas; este enfoque deveria ser conjugado a atitudes humanas e valores.

1. CONCEITO DE "PREVENÇÃO" EM SAÚDE.

A palavra "PREVENÇÃO" envolve muito mais variáveis do que a primeira vista possa parecer; apesar disso seu emprego na área de saúde tem sido geralmente aplicado dentro de um conceito muito estreito e limitado, não só por profissionais individualmente, como também por órgãos e instituições com as maiores responsabilidades coletivas no setor saúde. Uma simples consulta ao "Novo Dicionário Aurélio" já mostra a conotação concreta da flexibilidade permitida e sugerida pelo termo em questão (4). A palavra prevenção deriva do latim *prevenire*, que significa "vir antes", "tomar a dianteira". Dentro das variadas conotações que apresenta são encontradas, entre outras, as seguintes: — chegar antes, adiantar-se ou antecipar-se a; — dispor de maneira que evite (dano, mal), evitar, realizar antecipadamente, ir ao encontro de; — interromper, cortar, atalhar; — avisar, informar com antecedência; — acautelar-se, preparar-se, precaver-se; — armar-se, apetrechar-se, premunir-se. As referidas "interrupções", "antecipações", "precauções", etc., podem ser programadas e/ou executadas em qualquer momento do desenvolvimento de um processo morbido ou, sendo conhecidas as características dinâmicas desse processo específico, antes mesmo da sua deflagração clínica ou até previamente à ação dos possíveis agentes com ele envolvidos. Toda esta flexibilidade deveria ser melhor aproveitada pelo setor saúde, objetivando a obtenção de resultados mais positivos na população.

No entanto, o que pode ser notado é que inclusive no ensino superior, de onde deveriam partir os bons exemplos, já surge a desvirtuação e consequente confusão com relação à prevenção. Ao invés das diversas áreas de conhecimento desenvolvidas com o objetivo de estudar os agravos à saúde (denominadas de "disciplinas", nos currículos tradicionais enfocam estes agravos sob um ponto de vista preventivo e amplo, o que acontece é a fragmentação ainda maior de já tão artificializada, processo de ensino-aprendizagem (1) relativo tradicionalmente à criação de mais uma disciplina isolada, a qual recebe variadas denominações, tais como "Medicina Social", "Odontologia Social", "Saúde Pública", "Higiene", "Medicina Sanitária", etc. Ora, se é criado um conteúdo educacional ao redor do que se denomina "Medicina Social", por exemplo, é porque deve existir uma "Medicina Anti-Social", fato que, pelo menos teoricamente, se desconhece, além de que seria absurdo. Na realidade a medicina, assim como a odontologia, nutrição, enfermagem, e demais ramificações, contempla o social, já o social na sua natureza intrínseca; o termo "Medicina Social" é redundante. A abordagem da prevenção em uma disciplina isolada é discrepante, porque a prevenção em saúde deve constituir sinônimo de integração: integração de ações, de recursos, de esforços.

Tudo isso pode ser mais facilmente entendido quando lembramos que o homem — individual e coletivamente considerado — constitui uma entidade sócio-cultural e dinâmica que somente pode ser vista em relação constante com as contradições que cercam. Os agravos à saúde constituem uma destas contradições, podendo inclusive atuar de forma significativa e/ou decisiva na diminuição de produção do indivíduo, aspecto de fundamental importância já que não se pode desvincular o estudo do homem e da saúde com o trabalho e as relações sociais da produção; o trabalho constitui uma categoria que atravessa o conjunto da sociedade, suas formas de organização estão intimamente ligadas ao desenvolvimento sócio-econômico (3). Foucault (5) reconstruindo as três etapas da formação da medicina no enfoque dos problemas sociais (medicina do Estado; Alemanha; medicina urbana; França; medicina da força de trabalho; Inglaterra), reconhece o corolário humano, político e socialmente, com a área de trabalho. Realmente esse senso passou a ser formulado a partir da segunda metade do século quando Marx, estudando as condições de vida dos trabalhadores em seus ramos da produção, de seu impacto na atividade laboral e a saúde do trabalhador.

Portanto, a prevenção ao invés de constituir simples objeto dentro do conteúdo programático de disciplinas estáticas e isoladas, deve prevalecer como o sujeito de todo um processo de ensino-aprendizagem dinâmico, integrado e com compromissos sociais. A prevenção constitui uma verdadeira filosofia de ação e trabalho estando, portanto, intrinsecamente relacionada aos valores ideológicos, os quais determinam o comportamento das pessoas e dos governos.

A relação da prevenção com a ideologia dos governos é indispensável no estudo da prevenção, pois esta ideologia está diretamente vinculada à política de saúde dos países a qual, por sua vez, envolve outros indicadores também indispensáveis à implementação de medidas preventivas. O norte-americano Wegman (21), falando sobre "fronteiras e limites ideológicos da saúde pública" na Associação Fronteira Mexicano-Estadunidense de Saúde, lembrava a "qualidade, disponibilidade, fácil acesso e aceitabilidade de exemplos como dos médicos descalços da China e dos programas de atenção à saúde de Cuba"; poderia ser acrescentada a formação e organização dos "odontólogos-camponeses", constituídos por indivíduos dos grupos indígenas da Guatemala, que se responsabilizam pela "saúde dental" dos seus semelhantes. Deve ser lembrado, contudo, que é inútil e desgastante se pensar nestes tipos de enfoques aos problemas de saúde, em regimes capitalistas onde funcionam a economia de mercado e a lei da livre oferta e procura, além de que devem ser levadas em consideração as características biopsicossociais do grupo ao qual se destina o atendimento. Sobre o modelo cubano, lembra Wegman que o enfoque preventivo do trabalho em equipes de saúde exige uma intensa preparação do pessoal envolvido, e que por isso mesmo a abordagem educacional na área de saúde nas universidades do país foi totalmente ampliada e reorientada para satisfazer estas novas necessidades. Portanto, uma modificação dos enfoques programáticos, que pode ser simples a primeira vista, envolve mudanças bem mais profundas e amplas. Sendo distinta e variável a realidade política da maioria dos países latino-americanos, seria idealismo se pensar simplesmente na aplicação dos programas acima citados à referida realidade. Nestes casos, portanto, a procura de soluções deve ser local, ecológica, adequada ao quadro detectado e que cumpra objetivos preestabelecidos, visando levar condições de "obtenção de saúde" para todas as pessoas de acordo com os recursos existentes e possíveis de serem obtidos. Cordón (2) enfoca de uma forma muito feliz esta questão, enfatizando que as pessoas que trabalham na área de saúde devem estar preparadas para atuar "em crise, com dificuldades, pois estas existem sempre e a todos os níveis na América Latina".

Desta forma, o processo de ensino-aprendizagem nas universidades está também sempre relacionado com a ideologia obediente no país. Também a condição sócio-econômica da população, fator de significativa importância na causalidade e ocorrência das doenças, não pode de modo algum ser desvinculada dos aspectos ideológicos e políticos.

O Dr. Haldan Mahler, diretor geral da Organização Mundial da Saúde, em discurso proferido no Ministério da Saúde do Brasil recentemente (13), iniciou enfaticamente sua mensagem dizendo que "é escandaloso que em um país ou em uma região do mundo a população morra jovem enquanto que em outros possa ver crescer seus netos. É indignante que num bairro de uma cidade sejam frequentes as doenças por carência nutricional, enquanto que em outro a preocupação seja de que se come demasiado. É intolerável que apesar do grande progresso da tecnologia e das ciências humanas, haja ainda no mundo mais de 500 milhões de pessoas cujas rendas chegam, quando muito, a 50 dólares norte-americanos anuais". O dirigente da OMS, no entanto, deixou uma pequena gota de esperança ao afirmar que "a adaptação do homem a meios físicos tão diversos, demonstra entretanto sua capacidade para a mudança e, como as atuais injustiças nacionais e internacionais não se devem a constantes mudanças ambientais, não são mutáveis. Em todo o caso a mudança é uma condição sine qua non para a sobrevivência da espécie humana no mundo atual". A dependência social, econômica, científica e tecnológica dos países latino-americanos em relação aos mais ricos, no entanto, constitui fator limitante de fundamental importância no sentido das mudanças enfatizadas por Mahler e, portanto, do conceito amplo de prevenção em saúde; esta prevenção, conforme foi visto, de forma alguma consegue se desvincular das características políticas que a envolvem, caso o contrário fosse afirmado, se estaria caindo em idealismo e, portanto, vazio da metafísica.

2. ALGUNS INDICADORES LÍMITANTES À IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS DE ATENÇÃO POR COBERTURA EM SAÚDE.

De acordo com o exposto, a implementação de medidas preventivas à saúde depende diretamente de certos fatores os quais são tomados como indicadores e que serão a seguir introduzidos e comentados.

1º INDICADOR: IDEOLOGIA/POLÍTICA DE SAÚDE

PAÍSES COM ECONOMIA DE MERCADO

- inexistência de programas coletivos de prevenção das doenças;
- atenção aos agravos à saúde das

pessoas de forma privada, individualista, mercantilista.

PAÍSES COM ECONOMIA MISTA

- existência de programas coletivos de prevenção, os quais trazem melhorias relativas aos estados de agravos à saúde das pessoas, sem profundizar nas razões intrínsecas e reais dos porquês dos problemas;
- atenção aos agravos à saúde das pessoas, desenvolvido pelo governo, ou particularmente, geralmente de forma curativa ou reparadora (prevenção secundária e terciária).

PAÍSES COM ECONOMIA CENTRALIZADA (ESTATAL)

- existência de programas coletivos que visam as prevenções primária, secundária e terciária dos problemas de todas as pessoas indistintamente;
- a saúde se constitui em um direito das pessoas;
- as variáveis sociais e econômicas são rotineiramente levadas em consideração nas análises epidemiológicas dos problemas, por estarem incluídas no próprio terreno ideológico.

Comentários: o papel da pessoa doente é sancionado e institucionalizado pela sociedade; portanto, o tratamento ou a prevenção não constituem uma forma individual de cuidado e sim uma forma de controle social. Não devem impressionar as informações que relatam que a política de saúde de determinados países tem como objetivo primordial fornecer ao trabalhador somente as condições mínimas de saúde para que seja mantido ativo o aparelho produtor; tais características desumanas são principalmente mercantes nas regiões latifundiárias que exploram a monocultura (9).

Segundo Gonzales (10), muito se fala do direito à saúde e outros (espaço, saber, cultura, etc.) e a medida que surgem esses direitos, vão sendo também criadas as instituições encarregadas de garantir e salvaguardar tais direitos (Ministérios, Secretarias, Institutos, etc.). Segundo o mesmo autor, tudo isso, que parece significar um progresso, tem na realidade um sentido ambíguo e pode ser interpretado ao inverso: existe direito a algo na medida em que esse direito é negado ou não existe para uma parcela (que pode inclusive constituir a maioria) da população, e constitui privilégio de algumas pessoas. Dentro dos conceitos capitalistas, as necessidades não são configuradas a partir da massa de consumidores, mas sim da elite proprietária dos meios e instrumentos de produção que os cria de cima para baixo, constituindo notoriamente uma invasão cultural. São inúmeros os exemplos de exploração comercial que podem ser citados, como a "chipsa da vida", o "sabor de aventura", o "prolongamento da sua vida" e outros, muitos dos quais, inclusive são considerados variáveis não biológicas envolvidas na causalidade das doenças (15). Os elementos (objetivos) não são consumidos desde o ponto de vista do seu valor de uso — que é fundamental para a atenção às necessidades básicas — mas sim do ponto de vista do seu significado no código social, o qual foi criado artificialmente por manipulação da elite acima citada. O excessivo consumo de medicamentos nos países subdesenvolvidos está relacionado ao exposto (o Brasil ocupa a 4ª posição mundial no consumo de medicamentos). A prática desenfreada e intempestiva das amigdalectomias, apendicectomias, cesarianas e extrações dentais, entre outras, ou os próprios sistemas de pagamento de trabalho por unidades de serviço e cheques-consulta adotados pela previdência social de alguns países, são reflexo de uma política de "consumismo" que deixa de considerar o homem como tal para vê-lo como um objeto de consumo fabricado pela mente da indústria e da tecnocracia médica. Sobre este aspecto o Dr. Mahler assim se pronunciou: "O panorama geral mostra uma indústria médica incrivelmente cara, empilhada não no fomento da saúde, mas na aplicação ilimitada de tecnologia curativa a uma pequena proporção de beneficiários potenciais e talvez, sem que nem isso sequer o faça muito bem. Por acréscimo, pela excessiva complexidade das técnicas atuais, o próprio tratamento de uma doença produz as vezes outra, seja pelos efeitos secundários, seja por iatrogenese. A indústria médica tem desenvolvido certamente uma grande capacidade para produzir hipocôndricos sadios". Da mesma forma, dados da OMS mostram que uma melhoria na relação entre o número de cirurgiões dentistas e o número de habitantes em países europeus, correspondeu paradoxalmente a um aumento no índice de cáries das populações destes países (16), de uma forma geral (TABELA 1).

Existem também relatos bem conhecidos de significativas diminuições de movimento em empresas funerárias de cidades que "sofrem" greves de médicos. Todo o "consumismo" anteriormente relatado e suas variadas formas de exploração, pode ser evitado por governos preocupados com os interesses básicos e reais de sua população. Uma forma de libertação está sendo sugerida através da simplificação de equipamentos, materiais e técnicas e pela transferência de conhecimentos e tecnologia à pessoal auxiliar (16); desta forma os recursos humanos de nível universitário, de onerosa formação aos governos e em número geralmente insuficiente nos países latino-americanos, teriam disponibilidade de tempo para assumir seu verdadeiro papel organizador, orientador, dirigente e controlador nos programas de saúde.

O agravamento à saúde representa bem mais do que um simples distúrbio biológico; é um distúrbio ou até mesmo uma crise, social e econômica, para toda a coletividade, porque a capacidade não só de produção como principal condição de existência de melhores condições de salário e de vida, está em relação direta com as condições de saúde. Assim sendo, ideologia e política de saúde são inseparáveis, principalmente quando a referência é feita a programas e serviços de saúde que incluem a prevenção no seu amplo sentido; enfim, a saúde pública em si.

2º INDICADOR: CONDIÇÃO AO SÓCIO-ECONÔMICA

DISTRIBUIÇÃO DESIGUAL DA RENDA

- as pessoas mais pobres, e consequentemente as + suscetíveis a sofrer agravos à saúde são aquelas que não podem "pagar" para obter saúde;
- desenvolvimento de campanhas filantrópicas dirigidas às pessoas de menor renda (redes femininas de combate ao câncer, ligas antituberculozes, etc.) as quais visam relevo social e "paz" de consciência às pessoas de melhor renda.

DISTRIBUIÇÃO RAZOÁVEL DA RENDA

- existência de classe média mais representativa: maior n° de pessoas com "poder de compra" dos serviços de saúde;
- as diversas camadas sociais, mais conscientes dos problemas, pressionam o sistema para receber cuidados;
- persistem as sociedades filantrópicas: diversas delas com matriz nestes países e extensão nos de ainda menor desenvolvimento (clubes de serviço).

forma de libertação está sendo sugerida através da simplificação de equipamentos, materiais e técnicas e pela transferência de conhecimentos e tecnologia à pessoal auxiliar (16); desta forma os recursos humanos de nível universitário, de onerosa formação aos governos e em número geralmente insuficiente nos países latino-americanos, teriam disponibilidade de tempo para assumir seu verdadeiro papel organizador, orientador, dirigente e controlador nos programas de saúde.

O agravamento à saúde representa bem mais do que um simples distúrbio biológico; é um distúrbio ou até mesmo uma crise, social e econômica, para toda a coletividade, porque a capacidade não só de produção como principal condição de existência de melhores condições de salário e de vida, está em relação direta com as condições de saúde. Assim sendo, ideologia e política de saúde são inseparáveis, principalmente quando a referência é feita a programas e serviços de saúde que incluem a prevenção no seu amplo sentido; enfim, a saúde pública em si.

3º INDICADOR: PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM SISTEMA EDUCACIONAL TRADICIONAL

- funcionamento com base em determinadas "disciplinas" isoladas e desvinculadas da realidade;
- estabelecimento empírico do conteúdo disciplinar;
- fragmentação artificial das doenças para atender objetivos didáticos preestabelecidos;
- ausência de estudos epidemiológicos;
- recursos humanos treinados para trabalho individual;
- desenvolvimento exclusivo de atividades intra-muros;
- enfoque exclusivamente cognitivo e psicomotor.

SISTEMA EDUCACIONAL REF(ORMISTA)

- funcionamento com base em integração de conteúdos, com manutenção da estrutura disciplinar;
- professores de disciplinas "afins" estabelecem em base quase empírica, os conteúdos programáticos "integrados";
- fragmentação artificial da história natural dos problemas, para atender objetivos educacionais estáticos;
- existência eventual de estudos epidemiológicos de caráter meramente descritivo;
- recursos humanos treinados teoricamente para trabalhar individualmente e em "equipes"; como o enfoque educativo é positivista e disciplinar, este objetivo não é alcançado na prática.

SISTEMA EDUCACIONAL INTEGRADO

- funcionamento com base na integração de conteúdo ao redor das doenças + prevalentes, estabelecidos de acordo com estudos epidemiológicos descritivos e analíticos efetuados na realidade concreta;
- recursos humanos treinados para trabalho em equipe, capacitados para resolver os problemas de forma programática através de simplificação de equipamentos, material e técnicas, com menor custo, maior cobertura e melhor qualidade de produto final.

Comentários:

De acordo com o contexto histórico atual, já não se pode mais dar ouvidos às afirmações idealistas de que as universidades constituem áreas neutras, onde a criatividade e livre expressão são estimuladas e desenvolvidas sem percalços e/ou pressões. A escolha dos dirigentes universitários, pelo menos na maioria dos países latino-americanos, não advém da prática democrática entre a comunidade universitária (professores, estudantes e representantes da comunidade), mas sim de mecanismos sutis de indicações diretas ou indiretas dos governos. Não é difícil perceber que estas indicações, comuns nos países totalitários, comprometem as pessoas designadas com o poder e certamente envolvem interesses relacionados à manutenção e salvaguarda dos poderes excepcionais alcançados. Desta forma, o processo de ensino-aprendizagem nas universidades segue, via de regra, as diretrizes ideológico-políticas determinadas, não permitindo o livre debate e discussão dos temas de interesse, controlando a crítica e impedindo a salutar criatividade.

Convém lembrar a importância do estabelecimento de uma apreensão conveniente, para que resultados positivos sejam alcançados com os estudantes, futuros recursos humanos, no sentido de se esperar uma melhor situação preventiva na coletividade através da elaboração e implementação de programas e de trabalho em equipes de saúde, com utilização de equipamentos e técnicas simplificados e de pessoal auxiliar.

As distorções apontadas com relação ao sistema educacional tradicional em estudos anteriores (6, 7, 8), tendem a formar um profissional "especialista", preparado para atuar de forma curativo-reparadora, individualizada, mercantilista, sem senso crítico nem criatividade, o qual contribuirá com seu trabalho alienado para a manutenção do status quo vigente, fato de grande interesse para determinados setores mais conservadores do poder. Nestes casos, a prevenção, por exemplo, não tem quase possibilidades de despertar a atenção do estudante; não tendo ele aprendido isso na universidade, quase que certamente não desenvolverá o assunto na vida prática. Este mesmo recurso humano em caso de alcançar alguma posição de mando no futuro em órgãos incumbidos de programas de saúde, não estará nem capacitado, nem motivado, para propor a executar ações com este enfoque; e o ciclo vicioso se perpetua com prejuízos

TABELA 2 — PESSOAS OCUPADAS COM RENDIMENTO, 10 ANOS E MAIS — BRASIL

Faixa de renda (em salários mínimos)	1972 (em 1.000)	%	1976 (em 1.000)	%
até 0,5	6.125	21,30	4.005	12,38
de 0,5 a 1	6.813	23,69	8.105	25,06
de 1 a 2	6.891	24,28	9.508	29,39
de 2 a 5	5.811	20,21	6.759	20,90
de 5 a 10	1.872	6,51	2.371	7,33
de 10 a 20	808	2,81	1.108	3,42
mais de 20	338	1,17	482	1,49
TOTAL	28.752	—	32.341	—

imaginando quadros dramáticos, entre os quais se inclui a "compra de saúde"; constituindo a atenção à saúde sabidamente uma mercadoria em muitos países, torna-se praticamente inacessível à maioria da população a sua aquisição.

Observação: os resultados dizem respeito a 90% das pessoas ocupadas e com rendimentos. FONTE: PNAD/IBGE — 1972 e 1976.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, emitida na Assembleia Geral das Nações Unidas de 10 de dezembro de 1948 (17), proclama no seu artigo XXV que "todo o homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis". Apesar de todos os países componentes da ONU na época terem assinado a referida declaração, sabe-se que 30 anos após a mesma é muito pouco respeitada. Os países mais poderosos valem-se de seus instrumentos excepcionais de todo teor e natureza para proporcionar melhores condições aos seus cidadãos (ou grupos privilegiados dos seus cidadãos, principalmente os ligados a empresas transnacionais — os princípios de trilateralidade e interdependência adotados por Estados Unidos da América do Norte, Alemanha Ocidental e Japão são prova cabal desta afirmação (11 —), as custas das nações mais pobres e dos cidadãos mais indefesos e, exatamente por isso, os mais doentes e necessitados.

1. Bullough, B. Poverty-ethnic identity and preventive health care. J. Hlth. Soc. Behav., 13:347-359, 1972.
2. Cordón, J. A. Crisis in the Odontologia? Rev. ALAFO (Editorial), 14:5-8, 1979.

3. Fassler, C. Salud y trabajo. Salud Problema UAM-X, 2:3-7, 1978.
4. Ferreira, A. B. H. Novo Dicionário Aurélio. Edit. Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1516 pgs. (p. 1146), 1975.
5. Foucault, M. História de la medicalización. Educ. Méd. Salud, 11:6-14, 1977.
6. Garrafa, V.; Castro, A. L.; Garrafa, I. R. U. O ensino de cancerologia nas Faculdades de Odontologia do Brasil. Rev. Fac. Odontol. Aracatuba (SP), 2:287-296, 1973.
7. Garrafa, V.; Cordón, J. A. El problema del aprendizaje del cáncer bucal: una propuesta. Rev. ALAFO, 11:57-73, 1976.
8. Garrafa, V.; Tommasi, A. F.; Cardoso, A. S. Enseñanza-aprendizaje del diagnóstico estomatológico en Brasil — protocolo de investigación. Rev. ALAFO, 12:85-92, 1977.

9. Garrafa, V. Algunos indicadores teóricos relacionados con la prevención en estomatología. Saúde em Debate; (em publicação).
10. Gonzalez, C. P. Salud enfermedad y el consumo médico. Temas Odont., 15 (126-127): 7-13, 1977.
11. Hinkelammert, F. J. El credo económico de la Comisión Trilateral. In: Assmann, H. (ed.). Carter y la Lógica del Imperialismo. Tomo I: pgs. 203-231. Edit. Univ. Centroamericana.
12. Izquierdo, J. N. Profesiones biomédicas y evolución histórica en América Latina. Rev. ALAFO (Editorial), 12:83-84, 1977.
13. Mahler, H. Obstáculos frente a la asistencia primaria de salud. Discurso proferido no Ministério da Saúde do Brasil. Brasília, 20/09/77.
14. Marx, K. El Capital. Cap. VIII, tomo I, Siglo XXI, 4ª. ed. 1976.
15. Menéndez, O. R. Aprendizaje de la odontología y los aspectos no biológicos en la promoción de la "salud bucal". Rev. ALAFO (Editorial), 13:5-7, 1978.
16. Menéndez, O. R. Simplificación y transferencia de conocimiento y tecnología en programas de salud bucal em América Latina. Conferência apresentada no I Encontro Nacional de Saúde Escolar, 30 pgs. (mimeo), Brasília; fev. 1979.
17. Nações Unidas — Depto de Informação Pública. Universal Declaration of Human Rights (portuguese). Reprinted in U. N. OP 1/15-14364, May, 1961.
18. Sarbin, T. R. The culture of poverty, social identity and cognitive outcomes. In: Allen V. L. (ed.). Psychological Factors in Poverty. Chicago. Markham Pub. Co., 1971.
19. UNICEF — Proposições Alternativas para o Atendimento das Necessidades Básicas de Saúde nos Países em Desenvolvimento. Doc. E/CEP/L. 1322.
20. Valentine, C. C. La Cultura de la Pobreza. Amorrortu Edit. B. Aires, 1972.
21. Wegman, M. E. Fronteras para la prevención. Bol. Of. Sanit. Panamer., 83:5-16, 1977.

10. Gonzalez, C. P. Salud enfermedad y el consumo médico. Temas Odont., 15 (126-127): 7-13, 1977.
11. Hinkelammert, F. J. El credo económico de la Comisión Trilateral. In: Assmann, H. (ed.). Carter y la Lógica del Imperialismo. Tomo I: pgs. 203-231. Edit. Univ. Centroamericana.
12. Izquierdo, J. N. Profesiones biomédicas y evolución histórica en América Latina. Rev. ALAFO (Editorial), 12:83-84, 1977.
13. Mahler, H. Obstáculos frente a la asistencia primaria de salud. Discurso proferido no Ministério da Saúde do Brasil. Brasília, 20/09/77.
14. Marx, K. El Capital. Cap. VIII, tomo I, Siglo XXI, 4ª. ed. 1976.
15. Menéndez, O. R. Aprendizaje de la odontología y los aspectos no biológicos en la promoción de la "salud bucal". Rev. ALAFO (Editorial), 13:5-7, 1978.
16. Menéndez, O. R. Simplificación y transferencia de conocimiento y tecnología en programas de salud bucal em América Latina. Conferência apresentada no I Encontro Nacional de Saúde Escolar, 30 pgs. (mimeo), Brasília; fev. 1979.
17. Nações Unidas — Depto de Informação Pública. Universal Declaration of Human Rights (portuguese). Reprinted in U. N. OP 1/15-14364, May, 1961.
18. Sarbin, T. R. The culture of poverty, social identity and cognitive outcomes. In: Allen V. L. (ed.). Psychological Factors in Poverty. Chicago. Markham Pub. Co., 1971.
19. UNICEF — Proposições Alternativas para o Atendimento das Necessidades Básicas de Saúde nos Países em Desenvolvimento. Doc. E/CEP/L. 1322.
20. Valentine, C. C. La Cultura de la Pobreza. Amorrortu Edit. B. Aires, 1972.
21. Wegman, M. E. Fronteras para la prevención. Bol. Of. Sanit. Panamer., 83:5-16, 1977.

De acordo com o exposto, a implementação de medidas preventivas à saúde depende diretamente de certos fatores os quais são tomados como indicadores e que serão a seguir introduzidos e comentados.

1º INDICADOR: IDEOLOGIA/POLÍTICA DE SAÚDE

PAÍSES COM ECONOMIA DE MERCADO

- inexistência de programas coletivos de prevenção das doenças;
- atenção aos agravos à saúde das

TABELA 1 — RELAÇÃO ENTRE PROPORÇÃO DE DENTISTAS POR 100.000 HABITANTES E ÍNDICE DE CÁRIE DENTÁRIA (CPO-D) EM ESCOLARES DE 8 PAÍSES EUROPEUS — OMS.

PAÍS	Cirurgião Dentista X 100.000 habitantes	Índice de cárie dentária (CPO-D)
Espanha	10,0	2,16
Romenia	21,0	3,00
Inglaterra	26,0	5,50
Tchecoslováquia	37,8	5,50
Austria	45,6	5,40
Suíça	46,0	8,10
Alemanha	62,6	4,30
Noruega	79,5	10,80

* cirurgião dentista, professor colaborador do Instituto de Ciências Biológicas de Brasília, ex-presidente da Sociedade Brasileira de Estomatologia