
SAÚDE PÚBLICA OU SAÚDE COLETIVA?

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza*

* Este texto registra a Conferência proferida pelo Professor Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza durante o II Congresso Paranaense de Saúde Pública, realizado em Curitiba no período de 10 a 14 de agosto de 2014. O conferencista é professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, autor de vários artigos científicos em publicações nacionais e internacionais e de livros, dentre os quais:

Souza LPF, Contandriopoulos AP. O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. Cad de Saúde Pública [ENSP impresso]. Abr 2004; 20(2): 546-554.

Souza LPF. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. Ciênc & Saúde Colet [online]. 2009; 14(3): 911-918.

Guimarães RFN, **Souza, LEPF**, Santos LMP, Serruya, SJ. Não há saúde sem pesquisa: avanços no Brasil de 2003 a 2010. Rev Baiana de Saúde Públ. 2012; 36(1): 55-65.

Barata RB, Aragão E, **Souza LEPF**, Santana TM, Barreto ML. The configuration of the Brazilian scientific field. Anais da Academia Brasileira de Ciências [Impresso]. 2014; 86(1): 505-521.

O seu cv lattes é <http://lattes.cnpq.br/2768799008412205>. Atualmente é presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO.

Introdução

Saúde Pública e Saúde Coletiva têm significados idênticos ou distintos?

Na prática, há diversas instituições - de pesquisa, de ensino e de prestação de serviços - que se reconhecem como pertencentes à mesma área e que adotam uma ou outra expressão para se identificar. Nesse caso, Saúde Pública e Saúde Coletiva têm significados equivalentes.

No entanto, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva** surge, em 1979, afirmando se constituir como um espaço de crítica à Saúde Pública e de proposição de

uma alternativa, à qual dá o nome de Saúde Coletiva¹.

Sete lustros após a criação da Abrasco, o debate continua. Os conceitos de Saúde Pública e Saúde Coletiva ainda estão longe de ser consensuais, com autores apresentando posições diferentes em graus mais ou menos acentuados^{2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10}.

Nesse sentido, a questão que este texto pretende examinar é: qual o sentido hoje da crítica à Saúde Pública feita pela Saúde Coletiva?

** Em 2011, após ter acolhido como associados institucionais os Cursos de Graduação em Saúde Coletiva, a Abrasco muda seu nome para Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Para tentar respondê-la, faz-se uma breve revisão dos movimentos ideológicos e político-institucionais que, ao longo da história ocidental, articularam conhecimentos e intervenções sobre o processo saúde-doença em uma perspectiva populacional. Em seguida, descreve-se, em linhas gerais, o processo histórico de evolução da Saúde Coletiva brasileira do final dos anos 70 aos dias atuais. Por fim, busca-se caracterizar a Saúde Pública e a Saúde Coletiva, identificando o que distingue uma da outra hoje e, prospectivamente, nos próximos anos.

Saúde e população: aspectos históricos

Embora desde sempre a saúde da coletividade tenha sido objeto de intervenções, Rosen¹¹ demonstra que é no momento da consolidação dos Estados nacionais modernos, com o mercantilismo e o absolutismo, que as populações passam a ser consideradas em si mesmas uma riqueza a ser preservada e multiplicada. Cabe ao Poder Público, então, contar o número de súditos, conhecer sua condições de vida - incluindo as taxas de natalidade e de mortalidade - e agir para promover o crescimento e a saúde da população.

Nesse contexto, surge a Aritmética Política e é criado o Conselho de Saúde de Londres, proposto por William Petty, em 1687, assim como é organizada a Polícia Médica, na Alemanha, sob as lideranças de V. Ludwig Seckendorf (1655), W. Thomas Rau (1764) e J. Peter Frank (1779). A Aritmética, que dá origem à Estatística, e a Polícia Médica expressam a responsabilidade do Estado pela definição de leis e regulamentos sobre a saúde das pessoas, incluindo a fiscalização de sua aplicação.

Esse movimento continua com a institucionalização da Higiene, na França, na primeira metade do século XIX, vista como a parte da medicina responsável por ajudar a administração pública a manter a população saudável, com base em um conjunto de regras, normas, prescrições e recomendações a serem observadas pelas famílias e pelos indivíduos.

Como desdobramento da Higiene, em uma conjuntura de radicalização política, em que setores populares lutam nas barricadas contra o absolutismo restaurado, surge o movimento da Medicina Social, inspirado no socialismo utópico de Saint-Simon. Esse movimento, que ocorre na França, com Jules Guérin, e na Alemanha, com Rudolf Virchow e Salomon Neumann, afirma o caráter social das doenças e da prática médica, destacando que a promoção da saúde e o enfrentamento das doenças exigem medidas de caráter médico e social.

Na mesma época, na Inglaterra, a industrialização e a urbanização agravam as condições de saúde dos trabalhadores, em particular, e da população, em geral, a ponto de motivar uma investigação oficial, cujos resultados são sistematizados por Edwin Chadwick no relatório (1842) que leva seu nome. Esse movimento, intitulado de Sanitarismo ou Saúde Pública, enfatiza as ações de saneamento ambiental, que têm força de lei, com medidas como o Ato de Saúde Pública de 1848.

Foucault¹², analisando a Modernidade, identifica nesse período o nascimento da medicina social, definida como uma estratégia do biopoder, ou seja, de domínio da sociedade sobre os indivíduos por meio do controle dos corpos humanos. Essa estratégia assume características particulares nos três países

então mais avançados na industrialização: a medicina da força de trabalho, que recomenda mudanças nas condições ambientais, particularmente, fabris, na Inglaterra; a medicina urbana, que orienta o planejamento urbanístico, na França; e a medicina de Estado, que impõe o controle estatal do comportamento dos indivíduos, na Alemanha.

Um pouco mais tarde, já no final do século XIX, os Estados Unidos adotam medidas inspiradas na Saúde Pública inglesa e criam, em 1879, o Departamento Nacional de Saúde, que desenvolve ações de saneamento, voltadas fundamentalmente para o controle de doenças infecciosas de acordo com as recomendações oriundas da nascente bacteriologia.

No Brasil, as intervenções sobre a saúde da coletividade ganham força durante a República Velha, como estratégia de saneamento dos espaços de circulação da economia cafeeira. É a época de Oswaldo Cruz e das campanhas sanitárias, em que se destacam as medidas de saneamento voltadas à erradicação da Febre Amarela urbana e a vacinação obrigatória contra a varíola.

A partir do Estado Novo, as campanhas se institucionalizam em programas de saúde pública, dentro do Ministério da Educação e Saúde Pública e, depois de 1953, no Ministério da Saúde. Nessa época, relacionada inicialmente à exploração da borracha natural, na Amazônia, durante a 2ª Guerra Mundial, o modelo norte-americano de organização de programas de saúde é adotado pelo governo brasileiro com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública.

Para compreender as políticas de saúde no Brasil e, portanto, a emergência da Saúde Coletiva, deve-se mencionar que a assistência médica individual se desenvolve

sem articulação direta com a Saúde Pública campanhista ou programática, através dos Institutos de Aposentadoria e Pensão, destinados a prover serviços às categorias de trabalhadores formalmente empregados. Mais tarde, nos anos 60, essa chamada medicina previdenciária vai ensejar o surgimento da “saúde suplementar”, constituída pelos planos e seguros de saúde que irão se tornar o setor hegemônico do sistema de saúde brasileiro na penúltima década do século XX¹³.

Todos esses movimentos de ideologias e intervenções sobre a saúde das populações, ainda que longínquos na história, são importantes para a discussão que, nos anos 70, no Brasil, leva à ideia de Saúde Coletiva. O mais importante de todos, como inspiração político-ideológica, é, certamente, a Medicina Social, concebida durante as revoluções de 1848, na Europa, que identifica na estrutura social classista o principal determinante das condições de saúde da coletividade.

Nessa discussão, a referência aos movimentos históricos e, em especial, à Medicina Social, é motivada pela difusão, no Brasil, de duas outras ideologias sanitárias, articuladas nos Estados Unidos, nos anos 1950 e 1960, que são vitais para a crítica à Saúde Pública e a concepção da Saúde Coletiva: a Medicina Preventiva e a Medicina ou a Saúde Comunitária.

A Medicina Preventiva surge, nos Estados Unidos, nos anos 1950, a partir da percepção de uma crise da prática médica, decorrente do crescimento da especialização e dos custos da atenção e das dificuldades de expansão da cobertura. Como resposta de viés liberal, procura manter afastada a possibilidade de intervenção estatal na organização dos serviços de saúde, prometendo melhorias

na prática médica através de mudanças na educação médica. Assim, as reformas defendidas se atêm a um projeto pedagógico, e não a uma reforma da organização da assistência. Na prática, a grande inovação é a criação, nas faculdades de medicina, dos departamentos de medicina preventiva, responsáveis pelo ensino da epidemiologia e da bioestatística, de ciências da conduta como a psicologia e a sociologia e da administração de serviços de saúde. Propõe-se, dessa forma, a superar o biologismo, o individualismo e o hospitalocentrismo da formação, buscando desenvolver nos estudantes de medicina uma visão completa - biopsicossocial - do indivíduo¹⁴.

A Medicina ou a Saúde Comunitária, por sua vez, é uma tentativa de operacionalização, fora do ambiente acadêmico, dos princípios do preventivismo. Trata-se da organização de serviços de saúde extra-hospitalares, destinados ao exercício profissional do novo médico, portador de uma atitude integral, preventiva e social *vis-à-vis* seus pacientes. As atividades assistenciais em comunidades, além de servirem para a formação desse novo profissional, visam a contribuir para a expansão da cobertura da atenção médica, especialmente para segmentos carentes da população. Vale salientar que essa estratégia é, em grande parte, uma resposta às tensões sociais decorrentes das mobilizações populares a favor dos direitos civis e contra a discriminação de raça/etnia¹⁵.

Na prática, contudo, nem a Medicina Preventiva nem a Saúde Comunitária cumprem o que prometem: não se modifica a atitude do médico por conta da introdução de novas disciplinas na sua formação, nem se viabiliza a ampliação da cobertura assistencial para as populações pobres.

Antes que esse fracasso fique evidente, porém, ambos os movimentos são ativamente disseminados para a América Latina, por meio de atividades de fundações privadas norte-americanas (Kellog, Rockefeller, Milbank e Ford) e da Organização Pan-Americana da Saúde.

No Brasil e em outros países latinoamericanos, na década de 1960 e 1970, são criados departamentos de medicina preventiva nas escolas médicas, assim como são desenvolvidos programas de expansão de cobertura em áreas rurais e nas periferias das grandes cidades⁹.

Tais iniciativas, ainda que impotentes para promover mudanças efetivas na educação profissional e na assistência à saúde, introduzem, no âmbito da academia e das instituições diretas do Estado, a questão social como pertinente ao campo da medicina e da saúde¹⁰. Abrem espaço, portanto, para uma reflexão crítica que vai buscar em outros referenciais teóricos e ideológicos, notadamente no marxismo estruturalista então em voga, os seus fundamentos⁴.

Assim, a dimensão social ou coletiva da saúde, trazida pelo preventivismo de forma reducionista, limitada a suas manifestações no indivíduo, é radicalmente redefinida por intelectuais latino-americanos que refletem sobre o social na saúde. Distintas conotações do social ou do coletivo emergem dessa reflexão: como meio ambiente, como coleção de indivíduos, como conjunto de efeitos da vida social, como interação entre elementos, como campo específico e estruturado de práticas sociais¹⁰.

Nesse sentido, o movimento que se denomina Saúde Coletiva é o herdeiro imediato, porém rebelde, de um movimento ideológico - o preventivismo - que, como diz Arouca¹⁴, alude

a uma crise real da assistência médica, mas ilude e se ilude com a proposição de uma mudança que, na verdade, é uma tentativa de manutenção.

Essa breve revisão dos movimentos de ideologias e intervenções sobre a saúde na perspectiva populacional já deixa ver que a Saúde Coletiva tem características próprias que não permitem confundi-la com a Saúde Pública, seja entendida como o Sanitarismo, especificamente, seja vista, genericamente, como qualquer tipo de intervenção sobre a saúde da coletividade.

Todavia, para afirmar a existência dessas diferenças, apontando-as com precisão, faz-se necessário ainda descrever a evolução da Saúde Coletiva brasileira do final dos anos 70 aos dias atuais.

Origem e consolidação da Saúde Coletiva brasileira

No final da década de 1970, o primeiro encontro nacional de cursos de pós-graduação de Medicina Social, Medicina Preventiva, Saúde Comunitária e Saúde Pública adota a expressão “Saúde Coletiva” no seu título. Em 1979, após três encontros nacionais, os coordenadores e docentes desses cursos fundam a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Define-se, então, a Saúde Coletiva como uma área do saber que toma como objeto as necessidades sociais de saúde (e não apenas as doenças, os agravos ou os riscos) entendendo a situação de saúde como um processo social (o processo saúde-doença) relacionado à estrutura da sociedade e concebendo as ações de atenção à saúde como práticas simultaneamente técnicas e sociais.

Assim definida, a Saúde Coletiva propõe a superação das intervenções sanitárias sob a forma de programas temáticos, voltados a problemas ou grupos populacionais específicos e baseados em uma epidemiologia meramente descritiva e em uma abordagem normativa de planejamento e administração, por intervenções articuladas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, baseadas em uma abordagem multidisciplinar, com a contribuição das ciências sociais, da epidemiologia crítica e do planejamento e da gestão estratégicas e comunicativas.

O quadro teórico de referência dessa nova área de ensino e pesquisa, discutido ainda no 1º Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em 1978, contempla as seguintes definições¹⁰:

- a) A saúde, enquanto estado vital, setor de produção e campo de saber, está articulada à estrutura da sociedade, apresentando, portanto, historicidade;
- b) As ações de saúde constituem uma prática social;
- c) O objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde e o estudo da historicidade do saber e das práticas;
- d) A Saúde Coletiva envolve a crítica permanente dos projetos de redefinição das práticas de saúde;
- e) O processo de ensino-aprendizagem pode ser acionado como prática de mudança ou de manutenção do *status quo* social e sanitário;

-
- f) O conhecimento não se produz pelo contato com a realidade, mas pela compreensão de suas leis e pelo comprometimento com a sua transformação;
 - g) A Saúde Coletiva privilegia uma prática pedagógica dialógica;
 - h) A Saúde Coletiva remete a uma concepção ampliada de prática: técnica, teórica e política;
 - i) O conceito de inserção no complexo de saúde admite a participação de docentes e discentes em distintos níveis político-administrativos, técnico-administrativos e técnico-operacionais;
 - j) O conceito de participação em saúde transcende o âmbito do planejamento e da gestão da saúde e passa pela democratização da vida social.

É importante notar que a mobilização de docentes e pesquisadores dos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva para criação de uma associação que servisse de mecanismo permanente de articulação nacional não decorreu, exclusivamente, de embates ideológicos ao interior do espaço acadêmico dos Departamentos de Medicina Preventiva.

De fato, a crise do setor da saúde, no fim dos anos 70, expressa na falência da medicina previdenciária e na incapacidade da saúde pública institucionalizada de controlar endemias e epidemias, gera novas demandas relativas à formação de pessoal e à produção de conhecimento. Mais especificamente, demanda-se a formação de técnicos capazes de planejar e conduzir as propostas de extensão de cobertura, numa perspectiva racionalizadora. Os programas de pós-graduação da área são, então, mobilizados, inclusive com o aporte de recursos, para a pesquisa e o ensino¹⁶.

É fundamental ter em mente que a crise da saúde daqueles anos se insere em uma conjuntura de crise econômica, após um período de crescimento acelerado do PIB nacional, e de ascensão do movimento social de contestação ao regime autoritário, instaurado em 1964.

Nesse contexto, diferentes sujeitos políticos, na academia, nos movimentos estudantil e de renovação médica e mesmo na burocracia governamental apresentam suas distintas visões sobre a crise da saúde e as medidas necessárias para superá-la. Nessa disputa, conformam-se três vertentes ou tendências ao interior do que vem a se designar de Movimento da Reforma Sanitária: a liberal-sanitarista (preventivista), a racionalizadora e a crítico-socialista^{16,17}.

A Saúde Coletiva, sob a hegemonia da tendência crítico-socialista no espaço acadêmico, dá importantes contribuições ao desenvolvimento do projeto da Reforma Sanitária. O documento “A questão democrática na área da saúde”, apresentado pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), em 1979, apresenta, de forma pioneira, ideia da saúde como direito de todos.

Alguns anos mais tarde, no contexto da transição democrática, realiza-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final vai subsidiar a elaboração do capítulo da Saúde da Constituição Federal, de 1988. A Saúde Coletiva tem papel importante na Conferência e no Congresso Constituinte, com destaque para a apresentação, pela Abrasco, do documento “Pelo direito universal à saúde”.

Desse modo, ao longo dos anos 80, constrói-se um vínculo orgânico entre o movimento da Saúde Coletiva e o da Reforma Sanitária.

A partir dos anos 1990, as relações entre esses dois movimentos se modificam, com o deslocamento - do plano político-jurídico para o político-institucional - da arena principal da disputa referente à organização das práticas de saúde. Com o Sistema Único de Saúde (SUS), legalmente constituído, a luta passa a girar em torno da sua implantação.

De modo sumário, seguindo Paim e Almeida-Filho¹⁰, é possível caracterizar os 25 anos que se seguem à promulgação constitucional do direito à saúde, como composto de três períodos: os anos de instabilidade (1989-1994), a social-democracia conservadora (1995-2002) e a conservação-mudança (2003-2012).

No primeiro período, são aprovadas as Leis Orgânicas da Saúde, em 1990, concluindo-se a fase de predomínio das disputas político-jurídicas, e é editada a Norma Operacional Básica nº 01/1993, que marca o começo da fase de maior importância das ações no plano político-institucional. A instabilidade que caracteriza esses anos advém do acirramento da luta entre o projeto de garantia do direito à saúde (de corte socialista), vitorioso no momento de elaboração da Constituição, e o projeto neoliberal de redução do Estado, vitorioso na primeira eleição direta para presidente da República, depois dos 20 anos de ditadura civil-militar.

O período da social-democracia conservadora, marcado pelo êxito no controle da inflação de preços, assiste a uma significativa expansão da oferta de serviços de saúde, patrocinada, sobretudo, pela entrada em cena dos governos municipais, que passam a cumprir a atribuição legal de executar as ações de saúde. Na esfera federal, no entanto, a pauta da Reforma Sanitária não entra na agenda oficial e os recursos financeiros são

subtraídos, mesmo depois que se institui um novo tributo, a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). Ao final do período, em 2000, é aprovada a emenda constitucional nº 29, que estabelece pisos de investimentos na saúde, distinguindo estados e municípios, que têm percentuais orçamentários mínimos obrigatórios, e a União, cujo investimento fica atrelado ao orçamento do ano anterior.

O último período, da conservação-mudança, caracteriza-se por uma tentativa de inserção das propostas da Reforma Sanitária na agenda governamental, no âmbito do Ministério da Saúde. Essa tentativa é comprometida, todavia, pela prioridade da política macroeconômica de produção de superávit fiscal para o pagamento de dívidas bancárias, o que impede a ampliação do financiamento da saúde. Setorialmente, destaca-se a construção do Pacto pela Saúde, em 2006, que contempla a definição de objetivos em termos de melhoria das condições de saúde da população e de mobilização social a favor do SUS universal e igualitário, além da pactuação de compromissos e metas entre os gestores das três esferas - municipal, estadual e federal - de governo.

Um balanço de duas décadas e meia do SUS mostra, de um lado, a existência de avanços no sentido da universalidade da saúde. Com efeito, do ponto de vista das condições de saúde, prolonga-se a expectativa de vida dos brasileiros, reduz-se a mortalidade infantil, diminuem as doenças passíveis de prevenção por vacinação e reduzem-se as mortes por doenças cardiovasculares. Do ponto de vista dos serviços, amplia-se o acesso à atenção primária e à atenção às urgências, expande-se a assistência farmacêutica, consolidam-se relevantes programas nas áreas da saúde

mental e da saúde bucal, fortalecem-se as ações de vigilâncias epidemiológica e sanitária, etc. De outro lado, ressalta a presença de impasses e retrocessos, caracterizados, sobretudo, pela tendência à consolidação de um sistema segmentado, com serviços públicos centrados na atenção básica, subfinanciados e pouco efetivos, destinados à maioria pobre; e um sistema privado, subsidiado com recursos públicos, que assegura acesso a serviços de melhor qualidade para a parcela economicamente privilegiada da população.

Assim, se o vínculo da Saúde Coletiva com o *projeto* da Reforma Sanitária é evidente e relevante, as relações da Saúde Coletiva com o *processo* da Reforma Sanitária são matizadas: as políticas de saúde ora se aproximam, ora se afastam das proposições reformistas.

A rigor, não é apenas o predomínio da arena político-institucional que põe os gestores públicos no papel de condutores mais destacados do processo de implantação do SUS, que determina a modificação de vínculo entre a Saúde Coletiva e a Reforma Sanitária. É também o fim do arco de alianças políticas que conquistou o reconhecimento constitucional do direito à saúde, o refluxo dos movimentos sociais, no contexto de predomínio político do neoliberalismo, e a dedicação dos pesquisadores e docentes da Saúde Coletiva à expansão e legitimação da sua área como campo científico.

Enquanto a Reforma Sanitária descreve uma trajetória de avanços e retrocessos, a Saúde Coletiva cresce e se consolida como área do conhecimento, legitimando-se institucionalmente. Com efeito, hoje são muitos os grupos de pesquisa em atividade, em instituições acadêmicas das várias

regiões do país. Tais grupos produzem um conhecimento de valor científico reconhecido em todo o mundo, que se divulga amplamente em prestigiosas revistas internacionais ou nacionais. Além disso, os programas de pós-graduação da área formam, anualmente, centenas de mestres e doutores que têm o reconhecimento do mercado de trabalho. Por fim, os Cursos de Graduação em Saúde Coletiva, criados há poucos anos, já estão concluindo suas primeiras turmas.

Infelizmente, essa trajetória de sucesso acadêmico tem seu brilho em parte ofuscado pelos problemas de acesso e qualidade do cuidado à saúde no âmbito do SUS, pela segmentação do sistema de serviços de acordo com a capacidade de pagamento do usuário e pela persistência de um modelo de atenção hegemônico pela biomedicina.

Se é verdade que o alcance dos objetivos finalísticos do SUS - a universalidade, a igualdade e a integralidade - não depende, fundamentalmente, do conhecimento científico, não deixa de ser incômodo o fato de a Saúde Coletiva ser um sucesso na esfera universitária sem que isso seja acompanhado do êxito, na mesma proporção, das ações de cuidado à saúde das pessoas usuárias dos serviços públicos. Nesse sentido, ainda que consciente de seus limites, a Saúde Coletiva deve ao Brasil uma reflexão sobre os desafios da democratização da saúde por meio do SUS, incluindo o seu papel nesse processo enquanto comunidade epistêmica.

Enfim, assim como a revisão dos movimentos ideológicos que orientaram intervenções sobre a saúde em uma perspectiva populacional deixaram entrever as diferenças entre a Saúde Pública e a Saúde

Coletiva, a descrição da evolução histórica da Saúde Coletiva aporta elementos que facilitam a identificação das diferenças.

Agora, portanto, é possível passar a caracterização da Saúde Pública e da Saúde Coletiva, identificando o que distingue uma da outra.

Caracterização da Saúde Pública

Em 1920, o professor da Universidade Yale, C.-E. A. Winslow formula a seguinte definição de Saúde Pública: a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde física e a eficiência através dos esforços da comunidade organizada para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções comunitárias, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo da doença e o desenvolvimento da máquina social que assegurará a cada indivíduo na comunidade um padrão de vida adequado para a manutenção da saúde¹⁰.

Setenta e dois anos mais tarde, convidado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para discutir a “crise da Saúde Pública”, o professor Milton Terris, do New York Medical College, retoma a definição de Winslow: a Saúde Pública é a arte e a ciência de prevenir a doença e a incapacidade, prolongar a vida e promover a saúde física e mental mediante esforços organizados da comunidade¹⁸ (Terris, 1992:185).

Nesse debate, o conceito de saúde pública é reformulado pela Opas com o propósito de adequá-lo ao contexto da década de 90, marcado por experiências de reforma

do Estado de inspiração neoliberal em vários países do mundo.

Em documento apresentado ao seu 42º Conselho Diretivo, em setembro de 2000, a Opas avalia que os processos de reforma do setor saúde, tendo se concentrado em mudanças financeiras e organizacionais e em ajustes na prestação de serviços às pessoas, descuidaram da saúde pública. A necessária inclusão da saúde pública nessas reformas passaria pela redefinição de seu papel, com base no estabelecimento de suas funções essenciais.

O conceito de saúde pública em que se baseia a definição das funções essenciais é o da ação coletiva, tanto do Estado quanto da sociedade civil, destinada a proteger e melhorar a saúde das pessoas. Não se refere a uma disciplina acadêmica, mas a uma prática social interdisciplinar. Não é sinônimo de atuação estatal na área da saúde, pois engloba ações não estatais e não abarca tudo o que o Estado pode fazer em matéria de saúde¹⁹.

Vale ressaltar que o documento da Opas menciona a dificuldade de separar, nitidamente, as responsabilidades próprias da saúde pública, relacionadas à prevenção de doenças e promoção da saúde de grupos populacionais definidos, e aquelas relativas à organização da atenção individual curativa. Afirma, contudo, que é obrigação da saúde pública dedicar-se às primeiras, ao passo que as segundas são objetos de sua preocupação quanto ao acesso equitativo e o controle da qualidade, mas não são objetos de sua intervenção direta.

Com base em tais concepções, a Opas elenca onze funções essenciais de saúde pública:

-
- 1) Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde;
 - 2) Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde;
 - 3) Promoção da saúde;
 - 4) Participação social em saúde;
 - 5) Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde;
 - 6) Capacidade de regulação, fiscalização, controle e auditoria em saúde;
 - 7) Avaliação e promoção do acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários;
 - 8) Administração, desenvolvimento e formação de recursos humanos em saúde;
 - 9) Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde;
 - 10) Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde;
 - 11) Condução da mudança do modelo de atenção à saúde.

A esta abordagem da crise da saúde pública, com suas estratégias de enfrentamento, dá-se o rótulo de Nova Saúde Pública. Uma série de iniciativas é desencadeada para difundi-la entre os países americanos.

No Brasil, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde²⁰ assume o protagonismo na adoção da abordagem, não sem antes adaptar esse rol de funções às características do SUS, em especial, ao princípio da integralidade, que não admite a separação entre as ações dirigidas à coletividade e aquelas destinadas aos indivíduos, nem permite que o Estado se ocupe apenas das primeiras. Nesse sentido,

dá nova redação à função 7, que passa a ser: promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.

Caracterização da Saúde Coletiva

Nunes⁴ considera que a Saúde Coletiva pode ser dimensionada, em suas origens, como um fato sociológico e político que nasce, nos anos 70, no processo de institucionalização da formação de recursos humanos e dos conhecimentos que se encontravam dispersos nas escolas de saúde pública, nos Departamentos de Medicina Preventiva e nos primeiros cursos de Medicina Social. Caracteriza-se, nessa conjuntura, como um movimento contra-hegemônico que critica o modelo sanitário brasileiro.

Na mesma linha, Carvalho⁷ afirma que a Saúde Coletiva representa “um esforço de qualificar problemas de saúde pela temática da ‘modernização periférica’ em voga nos anos 60 e 70, com a atenção voltada para a expansão dos aglomerados humanos nos grandes centros urbanos, a mudança nos padrões demográficos do mercado de trabalho, a intensificação da conflitividade social e as práticas de regulação desfechadas pelo Estado de Bem-estar Social, em sua fraca versão local”. Registra a filiação teórica e metodológica da Saúde Coletiva, no seu nascimento, ao materialismo histórico e destaca que o “principal desafio era, então, o de integrar o indivíduo, suporte singular da doença, aos processos coletivos”.

Um pouco mais tarde, Nunes volta ao tema e acrescenta que a Saúde Coletiva se fundamenta na interdisciplinaridade como condição necessária à produção de um conhecimento ampliado da saúde, em que

se fazem presentes os desafios de trabalhar com as dimensões qualitativas e quantitativas, sincrônicas e diacrônicas, objetivas e subjetivas do processo saúde-doença. Assim, conclui: “não existe a possibilidade de uma única formulação teórica e metodológica quando espaço, tempo e pessoa não são simplesmente variáveis, mas constituem parte integrante de processos históricos e sociais”⁵.

Mais recentemente, Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber¹⁰ definem Saúde Coletiva como “campo de produção de conhecimentos voltados para a compreensão da saúde e a explicação de seus determinantes sociais, bem como âmbito de práticas direcionadas prioritariamente para a sua promoção, além de voltadas para a prevenção e o cuidado a agravos e doenças, tomando por objeto não apenas os indivíduos, mas, sobretudo, os grupos sociais, portanto, a coletividade”.

Saúde Pública versus Saúde Coletiva

Para comparar e identificar as diferenças entre a Saúde Pública e a Saúde Coletiva, parte-se do pressuposto teórico de que as necessidades de saúde e as intervenções sociais voltadas para atendê-las são determinadas, em última instância, pela estrutura da sociedade, em seus planos socioeconômico e político-ideológico. *En passant*, note-se que a referência à *última instância* assinala a existência de outras instâncias de (sobre) determinação e de condicionamento.

Seguindo esse pressuposto, a Saúde Pública e a Saúde Coletiva são práticas sociais e podem ser analisadas com base na teoria do processo de trabalho^{15,21}.

Assim, duas ordens de diferenças se destacam nessa comparação.

A primeira se refere às menções a “ciência e arte” nas conceituações de Saúde Pública e a “campo de conhecimentos e práticas de saúde” nas definições de Saúde Coletiva. Essas menções distintas indicam, essencialmente, a adesão dos pensadores da Saúde Pública, de um lado, e dos da Saúde Coletiva, de outro, a diferentes marcos conceituais.

Em geral, os estudiosos da Saúde Pública não explicitam suas opções teóricas e analisam as intervenções sobre a saúde das populações, atribuindo-lhes um elevado grau de autonomia (ou endogenia) em sua evolução temporal, como se a história da saúde pública fosse uma sucessão linear de fatos e acontecimentos inerentes à área e de responsabilidade de indivíduos geniais ou de instituições estatais. Os formuladores da Saúde Coletiva, ao contrário, são explícitos na adesão ao materialismo histórico, na época de emergência da Saúde Coletiva, e, mais recentemente, nas aproximações a abordagens como a sociologia de Pierre Bourdieu (o conceito de campo, por exemplo) e a Teoria da Complexidade de Edgar Morin (a noção complexa de promoção-saúde-enfermidade-cuidado).

A segunda ordem de diferenças significativas é observada quando se consideram os momentos constituintes do processo de trabalho - o objeto, os meios ou os instrumentos e o trabalho propriamente dito - de cada um dos movimentos.

A Saúde Pública toma como objeto de trabalho os problemas de saúde, definidos em termos de mortes, doenças, agravos e riscos em suas ocorrências no nível da coletividade. Nesse sentido, o conceito de saúde que lhe é próprio é o da ausência de doenças.

A Saúde Coletiva, por sua vez, toma como objeto as necessidades de saúde, ou seja, todas as condições requeridas não apenas para evitar a doença e prolongar a vida, mas também para melhorar a qualidade de vida e, no limite, permitir o exercício da liberdade humana na busca da felicidade.

Como instrumentos ou meios de trabalho, a Saúde Pública mobiliza a epidemiologia tradicional, o planejamento normativo e a administração de inspiração taylorista, em abordagens caudatárias da clínica e, portanto, da concepção biologista da saúde. De fato, são as ações isoladas da Vigilância Epidemiológica e da Vigilância Sanitária ou o desenvolvimento de programas especiais, desarticulados das demais ações, como a Saúde Materno-Infantil ou o Programa Nacional de Imunização que configuram os meios de trabalho característicos da Saúde Pública.

Já a Saúde Coletiva se propõe a utilizar como instrumentos de trabalho a epidemiologia social ou crítica que, aliada às ciências sociais, prioriza o estudo da determinação social e das desigualdades em saúde, o planejamento estratégico e comunicativo e a gestão democrática. Além disso, abre-se às contribuições de todos os saberes - científicos e populares - que podem orientar a elevação da consciência sanitária e a realização de intervenções intersetoriais sobre os determinantes estruturais da saúde. Assim, os movimentos como promoção da saúde, cidades saudáveis, políticas públicas saudáveis, saúde em todas as políticas compõem as estratégias da Saúde Coletiva.

Finalmente, quanto ao trabalho propriamente dito, o agente da Saúde Pública é o trabalhador que desempenha as atividades das vigilâncias tradicionais - Epidemiológica e

Sanitária -, aplica os modelos de transmissão de doenças (controle de riscos), realiza ações de educação sanitária e fiscaliza a produção e a distribuição de bens e serviços definidos como de interesse da saúde na perspectiva reducionista do risco sanitário, definido pela clínica biomédica. Ademais, é o agente que assume as tarefas do planejamento normativo, que define objetivos e metas sem considerar outros pontos de vista que o do Estado e sem ter em conta a distribuição do poder na sociedade, e da administração sanitária, orientada pelas tentativas de controle burocrático dos trabalhadores subalternos.

Diferentemente, ao agente da Saúde Coletiva se atribui um papel abrangente e estratégico: a responsabilidade pela direção do processo coletivo de trabalho, tanto na dimensão epidemiológica e social de apreensão e compreensão das necessidades de saúde, quanto na dimensão organizacional e gerencial de seleção e operação de tecnologias para o atendimento dessas necessidades. Nas palavras de Paim⁹, o profissional da Saúde Coletiva é um técnico de necessidades de saúde e um gerente de processos de trabalho em saúde, comprometido com os valores de solidariedade, igualdade, justiça e democracia. É, portanto, um militante sociopolítico da emancipação humana, como salienta Testa³.

Granda²² sumariza todas essas diferenças em três categorias: pressupostos filosóficos, métodos e atores políticos.

Assim, enquanto a Saúde Pública adota o pressuposto filosófico-teórico da doença e da morte como ponto de partida para a explicação da situação de saúde, a Saúde Coletiva propõe o pressuposto filosófico-teórico da saúde e da vida.

Ao passo em que a Saúde Pública privilegia o método positivista para estudar o risco de adoecer e morrer e o método estrutural-funcionalista para analisar a realidade social, a Saúde Coletiva busca desenvolver métodos complexos que integrem variadas hermenêuticas de modo a favorecer a compreensão tanto das estruturas quanto das ações sociais.

Para a Saúde Pública, o Estado é o ator político por excelência, capaz por si só de assegurar a prevenção das doenças, enquanto para a Saúde Coletiva, além do Estado, há outros atores e poderes na sociedade civil que devem atuar para promover a democratização da saúde.

Essa comparação revela que são distintas as articulações desses dois movimentos ideológicos com a atual estrutura da sociedade: a Saúde Pública encontra-se institucionalizada nas atividades quotidianas dos serviços do SUS, enquanto a Saúde Coletiva, apesar de ter inspirado o projeto da Reforma Sanitária que deu origem ao SUS, persiste como alternativa contra-hegemônica.

Perspectivas futuras: Saúde Pública ou Saúde Coletiva?

Almeida-Filho, Paim e Vieira-da-Silva²³, com base em cenários construídos pela prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro (Fiocruz²⁴), apontam os “futuros provisórios” da Saúde Coletiva.

Em um cenário otimista possível, em que o SUS constitucional encontraria um ambiente favorável para sua conversão em realidade concreta, a Saúde Coletiva teria um papel político a cumprir especialmente na definição de rumos condizentes com as propostas

preconizadas pela Reforma Sanitária Brasileira. Em termos concretos, haveria um ambiente propício para a multiplicação de centros de produção e reprodução de conhecimento, tecnologias e inovações, tendo em vista o aprimoramento do SUS e o avanço da democratização da saúde. A Saúde Pública, no seu atual formato institucionalizado, tenderia a ser dialeticamente superada, aproveitando-se seus elementos técnicos de modo a integrá-los nas estratégias da atenção integral à saúde.

Em um cenário pessimista plausível, com a deterioração do quadro epidemiológico, decorrente, sobretudo, do aumento da prevalência das doenças cardiovasculares e oncológicas, com o crescimento dos gastos em saúde abaixo das necessidades e com a falta de regulação do setor assistencial privado, a Saúde Coletiva sofreria um processo de contenção de suas atividades. Iniciativas em andamento e projetos em consolidação, como os Cursos de Graduação em Saúde Coletiva, se deparariam com a falta de incentivos e perspectivas. Nesse ambiente, a Saúde Coletiva, mesmo como projeto contra-hegemônico, estaria ameaçada e poderia vir a ser absorvida pela Saúde Pública institucionalizada.

Finalmente, dado um cenário inercial provável, sem mudanças significativas nas condições atuais, com o sistema público de saúde em uma situação de restrições econômicas e fragilidade política, mas com capacidade de resistência e avanços pontuais, por meio de iniciativas racionalizadoras das políticas de saúde, a Saúde Coletiva manteria a trajetória dos últimos anos, persistindo como área de conhecimento reconhecida, mas, ao mesmo tempo, teria limitações importantes quanto ao apoio a medidas concretas de intervenção e fortalecimento do

Sistema Único de Saúde de acordo com seus princípios constitucionais. Ao mesmo tempo, a Saúde Pública institucionalizada manteria suas atividades isoladas e orientadas para o controle de riscos e a prevenção de doenças, com base na concepção biomédica da saúde.

Referências

1. ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Documento preliminar de princípios básicos. In: Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro, Abrasco; 1982. p. 100-117.
2. Teixeira SMF. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: Nunes, E.D. (org.). As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília: OPAS; 1985. p. 87-109.
3. Testa M. Salud pública: acerca de su sentido y significado. In: La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington: OPAS. 1992; (Publ. Cient. n. 540). p. 205-229.
4. Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. Saúde e Socied. 1994; 3(2):5-21.
5. Nunes ED. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. Physis [online]. 2005; 15(1): 13-38.
6. Stotz EN. A saúde coletiva como projeto científico: teoria, problemas e valores na crise da modernidade. In: Canesqui, A.M. Ciênc soc e saúde. São Paulo: Hucitec. 1997; p. 273-284.
7. Carvalho MAR. A institucionalização das ciências sociais brasileiras e o campo da saúde. In: Canesqui, A.M. (org.). Ciências sociais e saúde. São Paulo: Hucitec. 1997; p. 49-67.
8. Paim JS e Almeida-Filho, N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.
9. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006.
10. Vieira-da-Silva LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é Saúde Coletiva? In: Paim JS. e Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 3-12.
11. Rosen G. Da Polícia Médica à Medicina Social. Rio de Janeiro: Graal; 1980.
12. Foucault M. O nascimento da medicina social. In: ____ Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
13. Braga JC, Paula SG. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: Cebes/Hucitec; 1981.
14. Arouca ASS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Ed. Unesp/Ed. Fiocruz; 2003.
15. Donnangelo MCF. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
16. Escorel S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
17. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Ed. Fiocruz; 2008.
18. Terris M. Tendencias actuales en la salud publica de las Americas. In: Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, D.C., 1992. (OPS - Publicación Científica, 540). p. 185-204.
19. Opas - Organización Panamericana de la Salud. Funciones esenciales de salud pública. CD42/15. Washington: Opas; 2000.
20. Brasil. Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. Brasília: CONASS; 2007. 262 p.

21. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.

22. Granda E. A que cosa llamamos Salud Colectiva, hoy? In: Anais do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Brasília: Abrasco; 2003.

23. Almeida-Filho N, Paim JS e Vieira-da-Silva LM. Saúde Coletiva: futuros “provisórios”. In: Paim JS e Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014.

24. Fiocruz-Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos/Presidência da República, 2012.

Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Rev de Saúde Públ. 1998; 32(4):299-316.