

Nova Saúde Pública ou Saúde Coletiva?

Jairnilson Silva Paim

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PAIM, JS. Nova Saúde Pública ou Saúde Coletiva? In: *Desafios para a saúde coletiva no século XXI* [online]. Salvador: EDUFBA, 2006, pp. 139-153. ISBN 978-85-232-1177-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Nova Saúde Pública ou Saúde Coletiva? ¹

Introdução

O campo social da saúde tem sido atravessado, desde a emergência do capitalismo, por um conjunto de movimentos ideológicos tais como: Polí­cia Médica; Higiene; Saúde Pública; Medicina Social; Flexnerismo; Medicina Preventiva; Saúde Comunitária; Integração Docente-Assistencial (IDA), entre outros (PAIM, 1986). Nas últimas décadas, outros movimentos podem ser identifi­cados:

Atenção Primária à Saúde/SPT-2000; Saúde Coletiva; Medicina Familiar; Promoção da Saúde; Nova Saúde Pública/Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) etc. (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000).

Ao se apresentar, presentemente, uma demanda no sentido de *caracterizar os elementos que, segundo diferentes visões, sustentam a proposição de uma nova saúde pública*, seria pertinente, também, indagar o que há de “novo” na *Nova Saúde Pública* (AWOFESO, 2004)? Seria reconhecer os determinantes sociais da saúde? Seria considerar os ambientes físico, social e “psicológico”? Seria propor colaboração intersetorial? Seria valorizar a promoção da saúde?

A rigor, poder-se-ia considerar que muitas dessas questões já eram tematizadas desde o surgimento da Medicina Social na segunda metade do século XIX, especialmente na França e na Alemanha. Do mesmo modo, *uma corrente de pensamento latino-americana que possibilite a articulação daqueles que defendem sistemas de saúde universais, de natureza pública e equitativos*

¹ Texto elaborado para o Seminário Internacional Desafios para a Saúde Pública no Século XXI: princípios e estratégias para a construção de sistemas de saúde universais e equitativos na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro, 1 e 2 de agosto de 2005.

pode ser identificada desde a constituição da Medicina Social na América Latina na década de 1970, reconhecida atualmente como Saúde Coletiva (WAITZKIN et al., 2001). Ainda que a sua natureza essencialmente crítica e de inspiração marxista tenha se abrandado diante de questões teóricas, políticas e ideológicas contemporâneas, em nenhum momento deixou de propugnar por *sistemas de saúde universais, de natureza pública e eqüitativos*.

No entanto, a proposta de uma *Nova Saúde Pública* permite a continuidade de reflexões sobre a teoria e a prática da Saúde Pública no presente século, daí a sua relevância. Tal como se tem ressaltado desde o início da década de 1990 (PAIM, 1992), mais do que questão teórica, coloca-se o desafio da prática: política, econômica, ideológica e tecnológica. E o convite para discussão da *Nova Saúde Pública* possibilita experimentar o desafio de *negar, construindo e construir, negando* (AYRES, 2001) distintos movimentos no campo social da saúde.

Desse modo, o objetivo do presente texto é revisitar o campo da Saúde Coletiva, considerando possíveis convergências e divergências com movimentos ideológicos contemporâneos na saúde, a exemplo da *Nova Saúde Pública*, e com a saúde pública institucionalizada ou convencional. Nesse particular, toma-se como referência preliminar o documento do *Commitee for the Study of the Future of Public Health*, (*Institute of Medicine*, 1988), passando pelos debates promovidos pela OPS/OMS na década de 1990 sobre a Teoria e a Prática da Saúde Pública (OPS/OMS, 1992; 1993), bem como as contribuições discutidas no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em 2003. Assim, a análise a ser empreendida procura levar em conta o desenvolvimento teórico-conceitual da Saúde Coletiva na América Latina e suas relações com a Reforma Sanitária Brasileira.

A crise da saúde pública e o debate nas Américas

A *Nova Saúde Pública* aparece como um dos produtos destacados no relatório do *Commitee for the Study of the Future of Public Health* (*Institute of Medicine*, 1988). A Comissão admitia que o sistema e o processo político dificultavam a *missão* da saúde pública, ressaltando uma suposta tensão entre os políticos e os profissionais. Reconhecia que a política não se restringiria à arena legislativa e que as agências não seriam neutras.

140 Entretanto, suas recomendações limitavam-se a sublinhar a questão das

informações de saúde, a importância do conhecimento científico no processo de tomada de decisão e a revisão da estrutura organizacional, reiterando a dicotomia entre Saúde Pública e assistência médica. A questão política, vista como externa e prejudicial à prática da Saúde Pública, seria enfrentada basicamente através da formação de lideranças, capacitação gerencial, definição de níveis de responsabilidade etc.

Após a publicação do referido relatório, a OPS estimulou a produção de textos e debates sobre a teoria e a prática da Saúde Pública na região das Américas (OPS/OMS, 1992;1993). Procurava, desse modo, influir sobre as instituições de formação em saúde pública (IFSP) para formularem políticas de mudanças na educação nesta área, a partir da confluência de três temáticas que atravessaram sua agenda na referida década: reforma setorial, “Renovação da Saúde para Todos” (RSPT) e a chamada “Nova Saúde Pública” (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000). Para tanto, apresentou cinco processos dinamizadores capazes de contribuir na construção da viabilidade dessas políticas: a) Desenvolvimento curricular/Novos paradigmas da Saúde Pública; b) Desenvolvimento profissional/Novas competências; c) Desenvolvimento educacional/Educação a distância/Educação permanente; d) Desenvolvimento da ação e compromisso intersetorial; e) Desenvolvimento da qualidade (OPS/OMS, 2000; OPS/OMS/ALAES, 2001).

Dois anos depois da realização da II Conferência Pan-Americana de Educação em Saúde Pública, realizada no México em 1998, cujo tema central foi “Reforma Setorial e Funções Essenciais de Saúde Pública” (OPS/OMS, 2000), o então Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS e a Associação Latino-americana e do Caribe de Educação em Saúde Pública (ALAES), promoveram em Havana a XIX Conferência da ALAES para discutir o “Desenvolvimento da Educação em Saúde Pública: desafios para o século XXI” (OPS/OMS/ALAES, 2001).

Embora no campo acadêmico não se tenham observado iniciativas mais concretas para dar seguimento àqueles cinco processos dinamizadores, considerando as deliberações da Conferência, constatam-se certos esforços para a intervenção no âmbito dos serviços de distintos países da Região. Assim, além das proposições e estratégias referentes às chamadas “reformas setoriais”, a OPS tem tentado apoiar Ministérios e Secretarias de Saúde nas discussões sobre as “Funções Essenciais de Saúde Pública” (FESP) na perspectiva de revisar e modificar as suas práticas e estruturas.

No caso brasileiro, esse debate foi incorporado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) que tem organizado um levantamento sobre as ações empreendidas pelas secretarias estaduais de saúde na perspectiva das FESP, contando com a participação da OPAS, do Ministério da Saúde (MS) da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e de consultores acadêmicos (BRASIL, 2005). Contudo, o sentido pragmático voltado para a reatualização dessas instituições distancia-se do conteúdo propositivo da *Nova Saúde Pública*, tal como vem sendo concebida em países do hemisfério norte.

Diante da crise da Saúde Pública, encontram-se presentes elementos discursivos e extra-discursivos que merecem consideração. No caso dos elementos discursivos, cabe destacar a idéia da saúde pública hegemônica segundo a qual o desenvolvimento da saúde supõe a exclusão da doença e que a ciência e a técnica dispõem de um potencial inesgotável para superar a enfermidade. Como elementos extra-discursivos encontram-se as restrições econômicas para a atuação do Estado diante do custo crescente da atenção à saúde, particularmente a assistência médico-hospitalar, o peso ideológico da onda neoliberal e o recurso a outras formas de legitimação da ordem social vigente (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000). Estes elementos histórico-concretos, ideológicos, políticos e econômicos, não podem ser abstraídos pelos sujeitos históricos que pensam e constroem uma Saúde Pública alternativa.

A Nova Saúde Pública

A partir dos documentos e das iniciativas referidos (*Institute of Medicine*, 1988; OPS/OMS, 1992; 1993), a expressão Nova Saúde Pública passou a difundir-se, especialmente depois da *Interregional Meeting on New Public Health*, realizada em Genebra, 1995.

O documento básico dessa reunião, denominado *Nova Saúde Pública* e o 9º Programa de Trabalho da OMS, admitia que muitos dos seus elementos já se encontravam presentes na Declaração de Alma-Ata, seja o reconhecimento da saúde como direito humano, seja a idéia de que as condições de vida (ambiente físico, social e econômico) representam importantes determinantes da saúde (WHO, 1995). Mais recentemente, a proposta da *Nova Saúde Pública* tem sido difundida na América Latina através do *Projeto Saúde Pública nas Américas – SPA* (OPS/OMS, s/d).

Desde a reunião de New Orleans, quando a OPS promoveu debates sobre a Teoria e a Prática da Saúde Pública na Região das Américas em 1991,

Terris (1992) propôs uma atualização da clássica definição de Saúde Pública de Winslow na década de 1920 para definir a *Nova Saúde Pública*.

Já na Conferência da ALAESP no México (1998), foram listadas algumas características dessa *Nova Saúde Pública*: aliança com os provedores de serviços para alcançar cuidados de saúde mais integrais e centrados nas necessidades e demandas das pessoas; desenvolvimento de técnicas de avaliação e monitorização das necessidades e demandas da população, de equidade no acesso aos cuidados de saúde (especialmente preventivos); produção de informação acerca de “práticas de excelência” para permitir a contratação de serviços “baseada em evidência”; facilitar informação aos cidadãos que lhes permita a maior autonomia pessoal no cuidado de sua saúde (PORRAS, 1998).

Distintas visões, portanto, vão se configurando no sentido de justificar o “novo” da *Nova Saúde Pública*. Uma dessas visões procura vinculá-la à Promoção da Saúde, com certos princípios endossados pela OMS: *empowerment*, equidade, colaboração e participação (KICKBUSCH, 2003; AWOFESE, 2004). Há o reconhecimento de que os problemas da pobreza, das doenças emergentes e dos conflitos persistentes que caracterizam o mundo hoje, requerem quadros de referência mais radicais do que o da *Nova Saúde Pública* (AWOFESO, 2004).

Três décadas de Saúde Coletiva²

Ao se considerar a Saúde Coletiva como alternativa à proposta da *Nova Saúde Pública* cabe explicitar, ainda que sumariamente, algumas características básicas. Reconhecida como *campo de saber e âmbito de práticas*, assumiu um marco conceitual preliminar mediante a recuperação e redefinição das concepções da Medicina Social do século XIX. Assim, foi constituída como campo multi/inter/transdisciplinar a partir dos anos 1970 baseado no triângulo *ideologia, saber e prática*. (DONNÂNGELO, 1983; ESCOREL, 1998; PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000).

Nesse particular, a estruturação da corrente da Epidemiologia Social latino-americana alimentou a constituição do referido campo a partir das suas tarefas iniciais:

demonstrar que a doença, tem caráter histórico e social; definir o objeto de estudo, que permita um aprofundamento na compreensão do processo saúde-doença como processo social; conceituar a causalidade, ou melhor, a determinação (LAURELL, 1985).

Esta corrente de pensamento estimulou novas investigações sobre doenças na sociedade recolocando questões para a *planificação* e para o desenvolvimento de *práticas de saúde*. Ao retomar a categoria *trabalho* como elemento central, forneceu indicações relevantes para a análise da *produção e da distribuição das doenças* na sociedade (processo de produção e reprodução social) e para o estudo das *práticas de saúde*.

Enquanto a Saúde Coletiva se afirmava como campo científico e âmbito de práticas, contribuiu na formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira e na construção da sua dimensão institucional – o Sistema Único de Saúde (SUS). Só tempos depois surgiam a Carta de Otawa, em 1986, e o documento *O Futuro da Saúde Pública*, em 1988.

Assim, a Saúde Coletiva pode ser vista como um *movimento ideológico* que gerou um *campo científico*, com intenso desenvolvimento nas três últimas décadas, e um *âmbito de práticas* contra-hegemônicas, com diferenças significativas em relação à saúde pública e ao modelo médico hegemônico. Elaborou um marco conceitual, enquanto corpo doutrinário estruturador desse campo, apresentando, recentemente, alguns pontos de encontro com os movimentos de renovação da saúde pública institucionalizada.

No Brasil, quando foram comemorados os 25 anos da Declaração de Alma Ata (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde), também se celebraram os 25 anos de uma reflexão sobre a pós-graduação em Saúde Coletiva (Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1978), que possibilitou a formulação preliminar de um marco conceitual (PAIM, 1982) e a proposição de criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

Essas iniciativas “coincidem” no Brasil com a constituição de novos sujeitos coletivos – especialmente a organização da classe trabalhadora do ABC (região industrial de São Paulo) e de movimentos sociais diversos, com a emergência de lideranças civis e sindicais, além de partidos políticos. Assim, a sistematização da proposta da Saúde Coletiva em 1978 (com o encontro dos cursos de pós-graduação já mencionado), enquanto braço acadêmico do movimento sanitário, nasce com a constituição de um sujeito coletivo – a organização da classe trabalhadora, mediante greves e movimentos sociais que resultaram na criação do Partido dos Trabalhadores (PT). Tal fenômeno guarda certa semelhança com o aparecimento da Medicina Social na França e na Alemanha em meados do século XIX (ROSEN, 1979; 1994).

Assim, 2003 foi um ano especial para comemorações da Saúde Coletiva: marcava três décadas das primeiras reflexões críticas sobre o ensino da medicina preventiva (SILVA, 1973); 25 anos de Alma Ata e do primeiro encontro nacional dos cursos de pós-graduação então existentes; e 20 anos do primeiro texto publicado sobre a constituição da área de Saúde Coletiva no Brasil (DONNÂNGELO, 1983). Nesse mesmo ano, o mencionado partido ocupa a Presidência da República e diversos militantes do movimento sanitário ocupam espaços no aparelho do Estado. Nesse contexto, a Saúde Coletiva parece colocar-se diante de uma encruzilhada para a construção da sua identidade: movimento ideológico, campo científico, corporação profissional ou, simplesmente, saúde coletiva institucionalizada, parecida com o modelo sanitário de matriz flexneriana e rockefelleriana?

Saúde coletiva institucionalizada ou *Saúde Pública flexner-rockefelleriana autoritária*?

Não obstante o expressivo desenvolvimento da Saúde Coletiva no Brasil durante as últimas décadas, um ponto que merece reflexão diz respeito a sua institucionalização. Uma justa preocupação reside na sua possível colonização pelo caráter autoritário de Estados e tecno-burocracias latino-americanas. Olhando-se para a tradição da saúde pública, tal colonização se vê reforçada pela polícia médica vinculada à reprodução do modelo flexneriano, pelo campanhismo concebido pela Fundação Rockefeller e pelo Departamento de Estado dos Estados Unidos e, mais recentemente, pela paranóia do bioterrorismo sustentada tecnicamente pelo CDC americano (*Center for Disease Control and Prevention*).

O Brasil, em que pese as conquistas democráticas e o desenvolvimento do movimento da Saúde Coletiva, deparou-se em 2002 com uma Medida Provisória (MP 33) visando à criação de uma Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças – APEC. O Ministro da Saúde poderia declarar Estado de Quarentena Federal e dispor “sobre o isolamento de indivíduos, animais e comunidades em situação de risco”, obrigando o acompanhamento médico de indivíduos de modo a se apresentarem, periodicamente, à “autoridade de epidemiologia”. Nessa “quarentena federal”, os cidadãos teriam os seus direitos civis e sociais passíveis de serem redefinidos por tal autoridade, insuficientemente identificada e responsabilizada. A atuação da ABRASCO junto ao Conselho Nacional de Saúde e aos parlamentares foi decisiva para a rejeição da MP 33 pelo Parlamento (PAIM, 2003).

A Saúde Coletiva, desde a sua emergência, envolve-se com lutas teóricas, paradigmática, política e ideológica, implicando repercussões na sua delimitação e renovação. Daí a relevância de revisitar o campo, a partir da sua produção científica, tecnológica, epistemológica e político-cultural. Espera-se que, além de um profícuo debate e da contribuição dos sujeitos individuais e coletivos, possam ser identificados caminhos que permitam tornar a Saúde Coletiva um espaço cada vez mais aberto a novos paradigmas diante das necessidades de saúde, dos direitos humanos, de processos emancipatórios e da democratização da vida social (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000).

A natureza do campo da Saúde Coletiva está assentada em um triedro composto pelos componentes ideologia, saber e prática (Escorel, 1998). Portanto, a Saúde Coletiva não é só movimento ideológico, nem apenas prática política. É prática técnica, científica e tecnológica. O seu saber não se restringe ao conhecimento científico, mas encontra-se permeável a outras tantas manifestações da sabedoria humana. A conjunção desses componentes na formulação e implantação de uma totalidade de mudanças – como a proposta da Reforma Sanitária Brasileira – ilustra a especificidade do campo. Ou seja, foram produzidos conhecimentos com base em determinados referenciais teóricos; criticados movimentos ideológicos e enfoques doutrinários que atravessam o espaço social da saúde; elaboradas visões de mundo, valores e consciências (ideologia) diante da realidade; seus intelectuais forjaram “ligas” que integram corações e mentes para as mudanças sociais; e foram realizadas práticas (políticas, institucionais, técnicas, econômicas, culturais etc.) que tomam a saúde, a qualidade de vida, a liberdade e a felicidade enquanto referentes centrais (PAIM, 2004).

Esta especificidade do campo da Saúde Coletiva demarca a sua atuação e a distancia da Medicina Preventiva e da Saúde Pública institucionalizadas. As diferenças com a Medicina Preventiva já se encontram mais nítidas, desde o clássico Dilema Preventivista (AROUCA, 2003), embora em relação à Nova Saúde Pública (quando adjetivos novos tentam maquiagem substantivos desgastados) precisam ser, cada vez mais, explicitadas demonstrando-se a radicalidade da Saúde Coletiva, quanto à emancipação, à democracia e à autonomia dos sujeitos. Tais valores podem fazer a diferença com a Saúde Pública, “velha” ou “nova”.

O giro filosófico em processo de construção passa, portanto, da subjetividade para a intersubjetividade, da identidade para a valorização da alteridade, do controle técnico para o “logro” prático – com a contínua reconstrução de

identidades – e da ênfase no tratamento para a dimensão do cuidado (AYRES, 2002). Como alerta o autor “cuidar da saúde [...] é mais que construir um objeto e intervir sobre o mesmo. Para cuidar se deve considerar e construir projetos” (AYRES, 2002).

Saúde Coletiva ou Saúde Pública Contra-Hegemônica

No último Congresso da Abrasco, Granda (2003) fundamentou a sua crítica à Saúde Pública convencional – cunhada de *Enfermologia Pública* pelo autor – a partir de três características centrais:

- O pressuposto filosófico-teórico da doença e morte como ponto de partida para a explicação da saúde;
- O método positivista para explicar o risco de adoecer na população e no estrutural-funcionalismo para compreender a realidade social;
- O reconhecimento do poder do Estado como força privilegiada para assegurar a prevenção da doença.

Assim, para explicar o risco e exorcizar a doença e a morte nos grupos humanos, esta saúde pública convencional compromete-se com uma tecnologia positivista manipulada pelo Estado: “Igual à Medicina que transforma o médico no mágico que explica a doença e que ao mesmo tempo a cura, assim também a Saúde Pública transforma o Estado no mágico que explica o risco e o previne” (GRANDA, 2003, p. 5).

A partir da crítica acima, o autor propõe estudar a potencialidade de construir uma saúde pública baseada nos seguintes pressupostos:

- Pressuposto filosófico-teórico da saúde e da vida, sem descuidar a prevenção da doença;
- Métodos que integrem diversas metáforas e proponham variadas hermenêuticas (inclusive a científica positivista) capazes de dar conta da ação social e das estruturas;
- Práticas sociais que integrem diversos atores e poderes, além do poder do Estado: o agir do indivíduo, dos públicos ou movimentos sociais que promovam a saúde, controlem socialmente o cumprimento dos deveres encomendados ao Estado, lutem por sua democratização e entrem em acordos-desacordos com os poderes supra e infranacionais.

Admite que, mesmo diante da globalização e do neoliberalismo triunfante, seria possível avançar nessa proposta. Apresenta um conjunto de argumentos que apontam um contexto social, político e cultural aberto a alguma perspectiva de mudança, onde se destacam “novas forças sociais e políticas que aparecem no horizonte” assim como importantes inovações teóricas e práticas que “ocorrem na ciência em geral e na investigação em saúde em particular” (GRANDA, 2003, p. 7).

A partir dessa argumentação poder-se-ia admitir que as visões que sustentam a proposição de uma nova saúde pública talvez não sejam o que mais importa nesse percurso. Embora necessárias, representam a consciência possível – falsa ou verdadeira – sobre a realidade social e sobre a situação de saúde dos nossos países, em particular, e suas tendências. O fundamental, no momento, é iniciar processos, não se prendendo aos “hayquismos” dos *hay que hacer*.³ Consequentemente, não há *funções essenciais de saúde pública* em geral, nem universais, já que as práticas de saúde são determinadas social e historicamente. Essenciais são os sujeitos que se formam e os movimentos que se engendram. Essenciais são os compromissos que eles contraem no cotidiano e nas lutas do seu tempo e que fazem a História.

É possível que, presentemente, já não faça tanto sentido a preocupação com a formação de quadros como era a palavra de ordem durante as ditaduras na América Latina: quadros para a democratização da saúde, para o movimento sanitário, para a gestão democrática da saúde, para os partidos políticos e movimentos sociais, para a docência inovadora, para o socialismo e para a pesquisa comprometida com a melhoria das condições de vida do povo. Mas as conquistas eventualmente alcançadas não devem embaçar os nossos horizontes, nossos sonhos, nosso projeto. Há, portanto, que discuti-los sempre. Considerar o processo de constituição de sujeitos (da vida, epistêmico, avaliador e público), pode ser um bom caminho (TESTA, 1997).

No esforço de compreender o que é Saúde Coletiva neste início de século um dos mais comprometidos construtores deste campo na América Latina ofereceu relevantes pistas:

un decidido esfuerzo por ver más allá del horizonte que nos há legado la Salud Pública convencional; es una profunda vocación por transformar nuestra acción en el quehacer humano profundamente comprometido con la vida y con el cuidado de la enfermedad de nuestras poblaciones (una militancia sociopolítica, en las palabras de Testa); es un intento de construirnos sujetos salubristas en función a respetar individualidades y apoyar la construcción de

ciudadanos; es un intento de crear espacios de aprendizaje para multiplicar las fuerzas del compromiso; es buscar el desarrollo de las ciencias de la salud para potenciar con ellas el desarrollo de la salud y la felicidad, así como la disminución del sufrimiento de los enfermos y controlar las enfermedades controlables; es el empeño porque nuestras instituciones tengan sabor a nosotros a pesar de que cada día nos quieren convencer que no vale la pena lo humano. Esa cosa llamada Salud Colectiva, es algo que vale a pena darle cariño e impulsar su crecimiento porque en última instancia es crear aquello que es una gran realidad: la solidaridad para generar el mundo que soñamos (GRANDA, 2003, p. 18).

Algumas perspectivas podem ser consideradas nesta construção:

- a) abertura a paradigmas ético-estéticos que apreendam formas não-hegemônicas de produzir e conceber saúde/doença/cuidado;
- b) produção de espaços e experiências acadêmicos e não-acadêmicos (serviços, comunitários) de exercício de transdisciplinaridade e de invenção tecnológica que assumam a articulação entre reflexão e prática concreta, pautadas em abordagens que tensionem e transcendam dicotomias do tipo individual/coletivo, afetivo/racional, qualitativo/quantitativo;
- c) construção de espaços de emergência de sujeitos políticos e de desejo, comprometidos com transformações no campo da saúde coletiva, pela produção de reflexão crítica e de práticas desenvolvidas em diversas esferas da vida acadêmica e social.⁴

Articular o pensamento à ação supõe revisitar alguns conceitos que permitam a construção de uma cartografia da *práxis*. Assim, os conceitos de *necessidades de saúde*, *sujeito* e *práticas* poderiam dar início a esse mapa conceitual. Essas *necessidades* do ser vivente, seja do estômago ou da fantasia, envolvem energias e nutrientes consumidos no processo produtivo (como se ganha a vida) ou na forma com que se leva ou gasta a vida que se ganha (cultura). Enquanto as necessidades sociais de saúde implicam a reprodução do sistema, as *necessidades radicais* não podem ser resolvidas pelo sistema, exigindo a sua superação (HELLER, 1986). Essas *necessidades radicais* podem ser consideradas necessárias a um ser para que ele continue sendo um ser (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Na medida em que as necessidades da saúde vão além das necessidades de serviços de saúde elas não se restringem a problemas de saúde, sejam

doenças, riscos. Podem ser carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida e identidades. Podem ampliar-se, portanto, para o que é necessário para ter saúde, sejam os determinantes socioambientais e culturais, seja a idéia de projeto (de felicidade, qualidade de vida, gozo estético, filosofia etc.).

No que tange ao *sujeito*, o reconhecimento da alteridade e da intersubjetividade aponta para a superação da dicotomia individual/coletivo, pois o sujeito se constitui na relação com o outro (AYRES, 2002). Com relação às *práticas de saúde*, supõe-se a redefinição do seu objeto – as necessidades de saúde – e, conseqüentemente, a reorganização de atividades e recriação de tecnologias.

Portanto, se a *práxis* for concebida como articulação do pensamento e ação, no *pensamento* cabe considerar conceitos e teorias (necessidades, práticas de saúde, sujeitos, identidades e intersubjetividade; teorias da ação e do processo de trabalho), valores e ideologias (liberdade, autonomia, emancipação, democracia, alteridade e respeito à diferença, doutrina dos Direitos Humanos); e tecnologias e ciência. Já no âmbito da *ação*, cabe transcender o agir instrumental, voltado para o *êxito técnico* que constrói objetos; passar pelo agir estratégico, com vistas ao sucesso político (distribuição do poder); e alcançar o agir comunicativo, que visa ao *alcance existencial*, construindo sujeitos, além da produção de bens e serviços.

Comentários Finais

A *Nova Saúde Pública* proposta pelos países hegemônicos e apoiada pela OMS (WHO, 1995; KICKBUSCH, 2003) ignorou os esforços latino-americanos de construção do campo científico da Saúde Coletiva, sem conseguir, até o momento, renovar a saúde pública institucionalizada. Portanto, persistem lutas teórica, paradigmática, política e ideológica no interior desse campo (PAIM, 1992; 2001; 2004), com repercussões na sua delimitação e renovação, que não podem ser ignoradas pelos diferentes atores que se dedicam às questões da Saúde Coletiva.

A Saúde Coletiva na América Latina tem sido construída por projetos, lutas, sonhos, subjetividades, engenho, trabalho e arte. No Brasil, a duras penas, conseguimos iniciar o processo da Reforma Sanitária e implantar parte do projeto do Sistema Único de Saúde que se pretende: universal, público, democrático, culturalmente sensível, equânime, ético e solidário.

Portanto, o que talvez se faz mais necessário, presentemente, não é a geração de uma *corrente do pensamento* nem a estruturação de suas bases,

muito menos a adesão acrítica ao movimento da *Nova Saúde Pública*, mas a articulação de sujeitos sociais em torno da Saúde Coletiva, enquanto campo científico e âmbitos de práticas, na formulação e condução de políticas conseqüentes.

Notas

² Este tópico baseia-se na apresentação do número especial da Revista Baiana de Saúde Pública:

Paim, J.S. 30 anos de Saúde Coletiva: A contribuição do Programa de Pós-graduação da UFBA. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, v. 28 n. supl. 1, p. 9-10, 2004. Inclui, também, reflexões do termo de referência elaborado para a Mesa Redonda - *A que coisa chamamos Saúde Coletiva, hoje?* – do Congresso da Abrasco, Brasília, julho de 2003.

³ Como diria o pensador argentino Mario Testa.

⁴ Anotações para o *Plano Diretor* do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), julho de 2004.

Referências

- AROUCA, A. S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora UNESP/FICRUZ, 2003.
- AYRES, J. R. C. M. Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Cidade*, v. 20, n. 2, p. 67-82, 2002.
- AWOFESO, N. What's new about the «New Public Health»? *Am J Public Health, Washington*, n. 94, p. 705–9, 2004.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *I Encontro de gestores estaduais, provinciais e departamentais de sistemas-sul-americanos de saúde*. Brasília: CONASS, 2005. (CONASS Documenta; v. 9).
- BREILH, J. Nueva epidemiología: construcción intercultural de otro paradigma de la ciencia. 226fl. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.
- DONNÂNGELO, M. C. F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil – A década de 70. In: ABRASCO. *Ensino da Saúde Pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1983.
- ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. Mestrado em Saúde Comunitária da UFBA. *Relatório Final*. Salvador, 1978.
- ESCOREL, S. *Reviravolta da saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- GRANDA, E. A que cosa llamamos Salud Colectiva, hoy? In: VII CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA. Brasília, 29 de julho a 2 de agosto de 2003.
- HELLER, A. *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Ediciones Península, 1986.
- INSTITUTE OF MEDICINE. *The Future of Public Health*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1988.
- KICKBUSCH, I. The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. *Am J Public Health, Washington*, n. 93, p. 383–8, 2003.
- LAURELL, A. C. Saúde e trabalho: os enfoques teóricos. In: NUNES, E. D. (Org.). *As Ciências Sociais em saúde na América Latina*. Tendências e perspectivas. Brasília: OPAS, 1985.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR, 1992. (Cadernos CEFOR – Textos, 1).
- OPS/OMS. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. *Publicación Científica, Washington, D.C.*, n. 540, 1992.
- PS/OMS. *Sobre la teoría y práctica de la salud pública: un debate, múltiples perspectivas*. Washington, D.C.: OPS, 1993. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos n. 98)
- OPS/OMS. *Desafíos para la educación en salud pública: la Reforma Sectorial y las funciones esenciales de Salud Pública*. Washington, D.C.: OPS, 2000.
- OPS/OMS. *La Salud Pública en las Américas*. Documento Conceptual, s/d.
- OPS/OMS/ALAESP. *Educación en Salud Pública. Nuevas perspectivas para las Américas*. Washington D.C: OPS, 2001.

- PAIM, J. S. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em Saúde Coletiva. In: NUTES/CLATES/ABRASCO. *Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro, 1982.
- PAIM, J. S. *Saúde, crises e reformas*. Salvador: Centro Editorial Didático da UFBA, 1986.
- PAIM, J. S. La Salud Colectiva y los desafíos de la práctica. In: OPS/OMS. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington, D.C.: OPS, 1992. (Publicación Científica; 540).
- PAIM, J. S. Transición paradigmática y desarrollo curricular en Salud Pública. In: OPS/OMS/ALAES. *Educación en Salud Pública*. Nuevas perspectivas para las Américas. Washington D.C.: OPS, 2001.
- PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.
- PAIM, J. S. 30 anos de Saúde Coletiva: a contribuição do programa de pós-graduação da UFBA. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 28, n. supl.1, p. 9-10, 2004.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
- PORRAS, F. M. *Reformas de Salud e funciones esenciales de Salud Publica*. Estrategias innovativas para la educación en salud publica. Centro Latinoamericano de Investigaciones en Salud (CLAIS), 1998 (ponencia).
- ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- ROSEN, G. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/EDUSP/ABRASCO, 1994.
- SILVA, G. R. Origens da Medicina Preventiva como disciplina do ensino médico. *R. Hosp. Clín. Fac. Med. São Paulo*, São Paulo, n. 28, p. 91-6, 1973.
- TERRIS, M. Current trends in Public Health in the Americas. In: PAHO. *The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate, Scientific Publication*, Washinton, D.C.: PAHO, n. 540, p.266-183, 1992.
- TESTA, M. *Saber en salud*. La construcción del conocimiento. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.
- WAITZKIN, H.; IRIART, C.; ESTRADA, A.; LAMADRID, S. Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups. *The Lancet*, London, n. 358, p. 315-23, 2001.
- WHO. *New Public Health and WHO's. Ninth General Programme of Work*. A Discussion Paper. Geneve, 1995.

Este livro foi publicado no formato 17 x 24cm
fontes: FuturaLt BT 11,5/15,5 (miolo) e Myriad Roman (títulos e subtítulos)
miolo em papel 75 g/m² - tiragem 1000 exemplares
Impresso no Setor de Reprografia da EDUFBA
Acabamento e impressão ESB Serviços Gráficos