

14. OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Pro Salute Novi Mundi. Washington, DC.; OPS, p.118-20, 1992.
15. Rovere, M. Conferência da Saúde Internacional para a Saúde Global: aspectos históricos e teóricos. In: Cecovisa, Faculdade de Saúde Pública da USP. Relatório do Seminário "Saúde Global em perspectiva: novos desafios para a saúde pública brasileira", realizado em de 6 de abril de 2006.
16. Terris, M. El liderazgo en el campo de la Salud Internacional. Mimeo. s/d.
17. Ventura, DFL. Conferência Atenção à saúde. In: Cecovisa – Faculdade de Saúde Pública da USP. Relatório do Seminário "Saúde Global em perspectiva: novos desafios para a saúde pública brasileira", realizado em de 6 de abril de 2006.

Práticas de Saúde Pública

16

Paulo Capel Narvai
Paulo Frazão São Pedro

As práticas de Saúde Pública correspondem às ações que, conduzidas direta ou indiretamente pelo Estado, visam a resolução de problemas da área. Essa frase, aparentemente uma obviedade, encerra contudo aspectos bastante complexos, como se verá neste capítulo. Contém, por exemplo, algumas perguntas para as quais o senso comum não é suficiente para responder adequadamente. A começar por saúde: o que é "saúde"? E "Saúde Pública"? O que é um "problema de saúde"? E um "problema de Saúde Pública"? O que significa a "resolução de problemas de Saúde Pública"?

Tais questões são tão complexas que, certamente, não serão resolvidas neste capítulo. Assim, a despeito da obviedade da frase inicial – que parece saída de algum discurso do Conselheiro Acácio, o célebre personagem que Eça de Queirós consagrou em *O primo Basílio* –, os elementos que a compõem requerem reflexão. Se, no fim deste texto, o leitor puder compartilhar a afirmação de que o senso comum não é suficiente para responder adequadamente às questões suscitadas pela frase inicial, então nosso objetivo terá sido atingido. É indispensável assinalar, porém, que se pretende apenas o esclarecimento de conceitos básicos necessários à compreensão da Saúde Pública como um campo de conhecimento e práticas essencialmente multiprofissional e transdisciplinar – posto que não compreende apenas um conjunto de disciplinas, nem áreas ou vertentes entre disciplinas, mas novos territórios e espaços que se projetam para além do campo onde as disciplinas tradicionalmente operam. Assim, tendo em vista a complexidade decorrente dessas características, o objetivo deste capítulo é, tão somente, introduzir o leitor no campo da Saúde Pública e de algum modo apresentá-la, tomando como referência as práticas nessa área.

SAÚDE

Quando, no pós-Segunda Guerra Mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) foi criada e, nesse processo, deliberou-se pela criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 7 de abril de 1947 (Scliar, 1987), houve que definir

“saúde”, pois, afinal, uma organização mundial estava sendo criada para lidar com o assunto. Aliás, essa data é comemorada como o Dia Mundial da Saúde. Na ocasião, a saúde foi definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1960). Essa já se constitui numa definição clássica e, por largamente difundida, não pode ser ignorada por tantos quantos se ocupem do conceito de “saúde”.

Uma das muitas críticas a esse conceito, que apesar de tudo é o mais conhecido entre os profissionais do setor, é a de que é utópico, pois “completo bem-estar físico, mental e social” é uma condição muito difícil, senão impossível, de se alcançar – isso sem entrar no mérito do que significa “bem-estar” para cada pessoa... Terris (1992) chega a propor que o termo “completo” seja retirado da definição, “já que saúde não é um estado absoluto”. Com efeito, e para citar apenas um autor clássico, entre tantos que se ocuparam do conceito de saúde, já em meados do século passado Hanlon (1955) afirmava que essa definição, por ser subjetiva, não tinha utilidade operacional, sendo mais uma “declaração de princípios e não propriamente uma definição”.

A afirmação da saúde como algo diferente do que simplesmente não apresentar enfermidade destoa do senso comum. Para as pessoas, salvo exceções, tem saúde quem não está doente ou enfermo, e poucos se ocupam do tema além disso. Para o senso comum, doença e enfermidade significam a mesma coisa. Mesmo entre acadêmicos não há consenso sobre os conceitos de “saúde” e “doença”. A polêmica está acesa há muito tempo e nada indica que cessará em breve. A saúde como ausência de doença ou enfermidade tem defensores não apenas entre profissionais de saúde, mas também no meio acadêmico, conforme assinalado por Almeida-Filho & Jucá (2002) em suas considerações sobre a teoria funcionalista de Christopher Boorse. Podem-se identificar pelo menos três planos de descrição da condição de saúde: os planos subindividual, individual e coletivo. Para Minayo (1994), “saúde é um fenômeno clínico e sociológico vivido culturalmente”.

Embora a definição de saúde seja, portanto, uma questão em aberto no mundo acadêmico, aceita-se em termos práticos, e para fins operativos, que no plano subindividual a “saúde” é uma das dimensões de um complexo de reações químicas, interações celulares e fluxos físicos em nível molecular, tissular e sistêmico. A capacidade de uma célula, tecido ou órgão para se adaptar e produzir respostas decorrentes de modificações no meio interno e externo nos diferentes níveis de desenvolvimento biológico caracteriza o surgimento, ou não, de um estado patológico.

No plano individual, a saúde é uma das dimensões de um processo em que se alternam, dinamicamente, graus variados de disfunções ou anormalidades e graus variados de normalidades ou funcionalidades orgânicas, em que estas predominam sobre aquelas. Quando predominam graus variados de anormalidades e disfunções, a ponto de serem detectadas pelo indivíduo mediante queda no ânimo, perturbação, irritação ou algum sintoma de problema físico ou dor, há enfermidade. Quando o quadro clínico corresponde a entidades nosológicas normativas a ponto de serem detectadas pelo profissional de saúde, considera-se que há doença, ainda que o indivíduo portador não perceba sinais nem sintomas. Tais disfunções e anormalidades

ocorrem em indivíduos que são simultaneamente seres sociais e organismos biológicos. Assim, qualquer alteração de saúde resulta não apenas de aspectos biológicos, mas também das condições gerais da existência dos indivíduos, grupos e classes sociais, abrangendo dimensões individuais e coletivas. No plano individual, os momentos extremos seriam, de um lado, o tal “mais perfeito bem-estar” e, de outro, a morte, com uma série de eventos intermediários. Para Leser et al. (1985), qualquer que seja o estímulo produtor de doença e qualquer que seja a natureza e a magnitude da resposta do indivíduo, o resultado é um processo, entendendo-se como tal uma série de eventos concomitantes ou sucessivos.

No plano coletivo, o processo saúde-doença é mais do que a soma das condições orgânicas de cada indivíduo que integra um grupo ou população. Embora a situação de saúde de uma comunidade seja geralmente representada por indicadores quantitativos, aspectos e dimensões qualitativas também podem ser usadas para caracterizá-la. Medidas demográficas e epidemiológicas, indicadores relativos a óbitos, doenças, serviços de saúde, riscos de adoecer e morrer e às condições de vida são exemplos de alguns indicadores que podem ser empregados. Nesse plano, saúde-doença é considerada expressão de um processo social mais amplo que resulta de uma complexa trama de fatores e relações, representadas por determinantes mais próximos e mais distantes do fenômeno, conforme o nível de análise: familiar, domiciliar, por microárea, bairro, município, região, país e continente.

Assim, apenas em situações muito específicas a “saúde” resulta da disponibilidade e do acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, o “direito à saúde” deveria ser compreendido como algo muito mais abrangente e profundo do que, simplesmente, o “direito de acesso aos serviços de saúde”, uma vez que a saúde não resulta sempre, diretamente, das ações produzidas por esses serviços. Nessa perspectiva, embora indispensáveis para oferecer conforto, controlar a dor e reduzir o sofrimento, os serviços teriam um papel apenas modesto na produção de melhores níveis de saúde no plano coletivo.

A Constituição brasileira de 1988 afirma as ações de saúde como de “relevância pública” (Brasil, 1988). Isso decorre do reconhecimento de que a “saúde” é um bem público puro por apresentar, entre outros aspectos, algumas características que a distinguem de outros tipos de bens e serviços. Narvai (1998), com base na obra de Riani (1986), assinala que entre essas características estão a:

- **Universalidade:** decorre do fato de que é imprescindível que todos, sem exceção, usufruam-na. Não fosse “apenas” por razões humanitárias e de justiça social, também por razões epidemiológicas: ainda que lesões ou casos ou condições especiais se localizem em corpos (entes individuais, portanto), tais corpos portam algo que interessa e, às vezes, ameaça a todos na sociedade, pois esse algo que portam representa algum risco para todos e não apenas um risco individual. Para ficar em apenas um exemplo, veja-se o caso da tuberculose. Assim, longe de ser “um problema pessoal” a saúde-doença, reconhecidamente, interessa e diz respeito a todos, mesmo quando se reconhece e respeita a dimensão privada do evento;

- **Imaterialidade:** em razão de não ter existência material exterior às pessoas. Essa característica é bem ilustrada pela doação de um órgão. O órgão tem expressão material e, portanto, pode ser doado. Mas a “saúde” do doador, não. Para que o receptor alcance um estado de higidez, receber o órgão doado é condição necessária, mas não suficiente. Ou seja, pode-se até doar órgãos para terceiros, mas a própria “saúde”, não;
- **Indivisibilidade:** não tendo existência material externa, não é possível decompor a saúde em componentes, como se faz com certos bens. Entretanto, mesmo em sua manifestação material interna (a higidez ou o comprometimento patológico de um ou mais órgãos) tem-se, individualmente, uma condição única não passível de ser considerada em separado. Por essa razão, conforme se sabe, expressões como “saúde bucal”, “saúde mental” ou equivalentes têm finalidades meramente didáticas ou operacionais;
- **Inapropriabilidade:** em consequência de não ser possível, pelas características anteriormente mencionadas, transformar “saúde” em mercadoria. Não é possível a alguém apropriar-se da saúde do outro. É possível tratar bens e serviços relacionados à saúde-doença como mercadorias: medicamentos, “hotelaria” em hospitais, prestação de serviços profissionais de assistência, próteses, órteses etc. E, portanto, vendê-los como mercadorias. Mas isso não se confunde com “vender saúde” – o que, de resto, simplesmente não é possível. Cabe assinalar, a propósito, que o povo, em sua sabedoria, costuma simplificar as coisas. Basta lembrar da satisfação quando alguém estimado está “vendendo saúde” – neste caso, com significado oposto ao “vender saúde” referido anteriormente. A alegria resulta apenas da compreensão, compartilhada por todos, em todas as classes sociais e níveis de escolaridade, de que de fato “saúde não tem preço”.

Tais considerações podem parecer excessivamente “teóricas” ou inócuas, mas têm importantes implicações para as práticas de Saúde Pública, uma vez que desconsiderar um ou mais desses aspectos pode levar muitas intervenções ao fracasso, inclusive com desperdício de recursos públicos nas situações em que não se observa impacto nos níveis de saúde das populações.

É oportuno, também, assinalar que os participantes da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2004), realizada em Brasília de 7 a 11/12/2003, ao debater o direito à saúde deliberaram que

(...) o conceito ampliado de saúde elaborado na 8ª Conferência Nacional de Saúde define que “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Essa definição envolve reconhecer o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida. O conceito de cidadania que a Constituição assegura deve ser traduzido nas condições de vida e da participação social da população. Essas condições, que são historicamente determinadas, devem, por sua vez, considerar as desigualdades, diversidade étnico-racial e cultural presentes

na sociedade brasileira. Entretanto, no Brasil, é histórica e estrutural a divergência entre o desenvolvimento econômico e o desenvolvimento humano e social.

Os participantes da 12ª CNS afirmaram também que

(...) a desigualdade social que se manifesta pela crescente concentração de renda, acarretando pobreza e exclusão social, constitui um desafio para garantir os direitos de saúde da população. Além disso, no Brasil os padrões de exclusão e a incidência da pobreza são também determinados pelas desigualdades de gênero, raça [sic], etnia e geração. Nesse sentido, para efetivar o direito à saúde é necessário romper a espiral multidimensional que caracteriza esses vários processos de exclusão, fruto da política macroeconômica. Depende, portanto, do provimento de políticas sociais e econômicas que assegurem desenvolvimento econômico sustentável e distribuição de renda, e de recursos materiais, cabendo especificamente ao SUS [Sistema Único de Saúde] a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades de forma equitativa, respeitando as diferenças. (...) Promover a equidade na atenção à saúde, reduzir as desigualdades regionais, ampliar a oferta de ações de saúde garantindo a universalidade do acesso aos mais afetados pelas desigualdades sociais, de gênero, raça [sic], etnias, geração, populações itinerantes e vulneráveis são os desafios postos para que o direito deixe de ser mais que declaração e passe a integrar o cotidiano da vida dos brasileiros.

Para os participantes do Primeiro Fórum Social Mundial da Saúde, realizado em Porto Alegre, Brasil, de 23 a 25 de janeiro de 2005, a saúde é “um direito humano, econômico, social e cultural diretamente vinculado ao direito fundamental à vida e, portanto, passível de ser exigido de forma imediata”, questionando-se, portanto, o “caráter de progressividade” em sua efetivação (FSMS, 2005).

SAÚDE PÚBLICA

É bem conhecida a clássica definição de Saúde Pública formulada por Winslow (1877-1957), a qual pode ser encontrada na maioria dos bons manuais sobre o assunto:

(...) Saúde Pública é a ciência e a arte de evitar doença, prolongar a vida e promover a saúde física e mental, e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade, visando o saneamento do meio, o controle das infecções comunitárias, a educação do indivíduo nos princípios da higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento da doença e o desenvolvimento dos mecanismos sociais que assegurarão a cada pessoa na comunidade o padrão de vida adequado para a manutenção da saúde. (*apud* Hanlon, 1955)

Neste capítulo cabe indicar, mesmo que brevemente, alguns períodos que marcam a história da Saúde Pública.

Há consenso entre os estudiosos sobre a singularidade do mundo greco-romano. Rosen (1994), por exemplo, conta sua história da Saúde Pública partindo desse período e assinalando que os grandes médicos da Grécia eram também filósofos naturais, cujo objetivo não era apenas lidar com problemas de saúde, mas também sondar a constituição do universo e entender as relações entre homem e natureza. A saúde-doença decorreria da desarmonia entre homem e ambiente. O livro hipocrático *Dos ares, águas e lugares*, tido como “o texto epidemiológico fundamental por mais de dois mil anos” é obra emblemática desse período.

Durante a Idade Média (500-1500), as relações homem-natureza perderam força na explicação dos fenômenos de saúde-doença e ganharam força as explicações sobrenaturais, sobretudo o “desagrado de Deus”. É significativa nesse sentido a explicação que se dava ao acometimento de “lepra”, tido como resultado da vontade divina (“castigo”).

Rosen (1994) denomina como “velha Saúde Pública” a esses períodos que abrangem a Antiguidade e a Idade Média, nos quais predominam as explicações sobrenaturais ou com base em fenômenos da natureza, para a saúde e a doença. As práticas dessa “velha Saúde Pública” são conformes com tais explicações e seus focos se dirigem aos miasmas, às “entidades” patológicas, ao “contágio”, à reclusão e ao isolamento.

O Renascimento e o Iluminismo abrem um novo período na história da Saúde Pública. Diferentes visões centradas no homem e em seu meio ambiente passam a nutrir as explicações sobre o tema. Os estudos sobre o corpo humano, interditados no período medieval, prosperam. Retoma-se, de certo modo, mas em outro patamar, as relações homem-natureza do período greco-romano. A evolução e a difusão da ciência vão criando as bases de um conhecimento que, após a Revolução Comercial e Industrial, transformaria radical e profundamente a Saúde Pública – em compasso, por certo, com as transformações igualmente radicais e profundas que a industrialização e a vida moderna trariam. Mas persistiriam, por muito tempo ainda, as explicações baseadas em miasmas e “contágios”.

No contexto de dramáticos problemas de Saúde Pública, provocados por avassaladoras epidemias exigindo medidas coletivas, contribuições fundamentais que até hoje orientam a teoria e a prática da Saúde Pública foram dadas por importantes estudiosos como Villermé, Farr, Engels, Chadwick e Virchow, a partir do século XIX. A relação da Saúde Pública com o Estado, o espaço e a força de trabalho e os vários aspectos decorrentes relacionados ao poder, à produção e ao consumo de bens e serviços e ao ambiente social e natural vão, cada vez mais, se consolidando na construção tanto de seu corpo de conhecimentos como de seu âmbito de práticas (Foucault, 1979).

O advento da era bacteriológica (1875) corresponde a um novo percurso histórico. Se uma parte da mortalidade foi reduzida pela melhoria nas condições gerais de vida, entre as quais a alimentação, a nutrição e moradias nos países mais industrializados (McKeown & Lowe, 1968), uma fração adicional vai ser impulsionada pela descoberta das vacinas e sua aplicação na saúde infantil. O desenvolvimento técnico-científico da microbiologia e a perspectiva de identificar elementos causais

específicos para cada enfermidade tiveram, e de certo modo, continuam tendo profundas implicações para a Saúde Pública e as práticas sanitárias.

A primeira metade do século XX foi marcada por essa possibilidade que viria a ser fortemente questionada nas últimas décadas do século passado, com o fortalecimento de modelos explicativos da saúde-doença, em que aspectos não biológicos ganharam relevância nos diferentes níveis de determinação do complexo causal. Tais modelos explicativos implicaram mudanças substantivas nos processos de planejamento e desenvolvimento de ações e serviços de Saúde Pública.

Mas o limiar do século XXI, com o sequenciamento do genoma humano e o desenvolvimento da genética, descortinou novos e inusitados horizontes para a Saúde Pública. Para Agudelo (2003), o deciframento do código genético tem um potencial incalculável de transformação do saber e das práticas relacionadas com a vida em geral e com a saúde e a Saúde Pública em particular. Não é possível, segundo o autor, escapar da discussão desses fatos nem do impacto por eles gerados. Não parece ser essencial saber até onde chegarão os avanços da ciência no conhecimento da vida, mas se isso se traduzirá ou não em vida melhor para todas as espécies, em especial a humana. Para Agudelo, as interrogações ainda não resolvidas têm transcendência para a sociedade e a Saúde Pública quanto à privacidade e à justiça no uso e na interpretação da informação genética, à incorporação das novas tecnologias à clínica e às implicações e desafios do avanço genético sobre a formação em Saúde e Saúde Pública. À primeira vista, tudo indica que o sequenciamento do genoma humano é a consagração definitiva e irrefutável da racionalidade bionatural, das ciências positivas e da primazia do individual sobre o coletivo. Agudelo admite que talvez seja mesmo assim, mas que também pode ser o contrário. Argumenta que, se, definitivamente, o que o genoma expressa é a “impressão” no indivíduo, pela via química e hereditária, do resumo de toda a trajetória da humanidade, também se estaria a ponto de entender o biológico como materialização do social, abrindo-se assim a possibilidade de se construir um paradigma alternativo e integrador de ambos os níveis.

PROBLEMA DE SAÚDE, PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

À complexidade da definição de saúde associam-se as dificuldades para conceituar “problema de saúde”, uma vez que, para além das situações típicas em que há inequívoco comprometimento de estruturas e processos essenciais a uma ou a mais funções orgânicas, há inúmeras situações em que a variabilidade individual faz que o que é problema para um não o seja para outro. No âmbito do psiquismo, de outra parte, as dificuldades apenas aumentam quando se tenta fixar definições. Em outras tantas situações, é fugaz o comprometimento de estruturas e processos orgânicos, de modo que não chegam a se constituir em dificuldade relevante, pois são resolvidas por homeostasia.

Não obstante as dificuldades com o conceito de “problema de saúde”, Sinai (*apud* Chaves, 1977) considera que um problema de saúde é um problema de Saúde Pública quando:

- a) constitui causa comum de morbidade ou mortalidade;
- b) há métodos eficazes de prevenção e controle; e
- c) os métodos não estão sendo adequadamente usados.

Dessa forma, não basta que um problema de saúde seja “importante”, mesmo quando envolve algum grau de incapacidade, para que se transforme num “problema de Saúde Pública”. Para isso, é preciso mais: é necessário que uma determinada comunidade, em situações históricas concretas, assim o considere. Para Eduardo (1998), um problema de Saúde Pública corresponde à representação social de necessidades ou agravos de saúde, definidas por atores sociais e decorrentes das condições de vida e do modo de produção econômico-social. Assim, pode-se afirmar que problemas de Saúde Pública são problemas que, acometendo certo número de indivíduos, e sendo passíveis de se tornarem objetos de ações individuais ou coletivas para sua prevenção e controle em termos populacionais, adquirem relevância tal que se justifica a intervenção do Estado para atender demandas da sociedade, com a correspondente alocação de recursos públicos. Pode-se, em decorrência, afirmar que problemas de saúde se tornam problemas de Saúde Pública quando sua expressão social requer a adoção de uma ou mais políticas públicas para seu enfrentamento, resolução ou controle. Desse modo, problemas de saúde, por mais que sejam significativos para um ou mais indivíduos, não são considerados problemas de Saúde Pública quando não implicam as políticas públicas.

É imprescindível, portanto, que problemas de Saúde Pública não sejam definidos nem identificados em abstrato, fora do jogo concreto de embates, enfrentamentos, pressões e contrapressões, uma vez que, dado que as intervenções de Saúde Pública têm custos e que os recursos que lhes são alocados são escassos, as sociedades elegem prioridades. É complexo o processo de eleição de prioridades por envolver disponibilidades de recursos, atribuições de valor, conflitos de interesses, circunstâncias históricas e, certamente, disputas políticas. Por isso, tão importante quanto identificar problemas de Saúde Pública é eleger prioridades para as intervenções de Saúde Pública.

Para Chaves (1977), o estabelecimento de prioridades em Saúde Pública é feito levando-se em conta principalmente os seguintes critérios:

- a) número de pessoas atingidas (relacionado com a magnitude ou a expressão populacional do problema);
- b) seriedade ou gravidade ou grau do dano causado (relacionado com a viabilidade política de implementar ações de Saúde Pública);
- c) possibilidade de atuação eficiente (relacionado com a factibilidade técnica de enfrentar o problema, tendo em vista os conhecimentos disponíveis, e a relação custo-benefício derivada dos recursos e das tecnologias adotadas para a intervenção);
- d) custo *per capita* (relacionado com a viabilidade econômica da intervenção de Saúde Pública); e

- e) grau de interesse da comunidade (relacionado com as implicações socioeconômicas do problema a ser enfrentado).

Desse elenco de critérios e condicionalidades resulta que, quando um determinado problema não é sensível à ação de saúde desenvolvida para resolvê-lo, ou seja, quando a ação não é efetiva, mesmo que seja elevado o número de pessoas atingidas, ainda assim pode acontecer de o problema não ser considerado de Saúde Pública. O mesmo ocorre com o impacto causado pelo problema que Chaves denominou “seriedade do dano”: se o dano causado é bem tolerado pela comunidade, levando em conta a situação histórica concreta na qual todos estão imersos, então mesmo havendo possibilidade de desenvolver ações eficazes um determinado problema pode não ser considerado prioritário, devido aos custos ou a outros aspectos. Um princípio consagrado nas práticas de Saúde Pública diz respeito ao fato de que uma determinada ação de saúde é tanto mais uma ação de Saúde Pública quanto menor o número de vezes que tiver de ser realizada e maior sua efetividade – ou seja, sua capacidade de resolver o problema para o maior número de pessoas e com o menor custo possível.

Com grande frequência, tomadores de decisão em Saúde Pública se veem em situações em que o essencial não é saber se há possibilidade (recursos e tecnologias) para conduzir determinadas ações, mas se são elas as que devem ser realizadas, uma vez que optar por algumas pode significar a impossibilidade de realizar outras, dada a exiguidade dos recursos – que aumenta em países dependentes como é o caso do Brasil. Não se trata, portanto, reiterando, de saber se é possível e necessário realizar uma determinada ação, mas se é essa a ação que deve ser priorizada para a aplicação de recursos públicos, em geral escassos, numa determinada situação concreta, num determinado contexto histórico. Assim, considerando que essas decisões sempre envolvem poder e cálculos políticos, tanto maior a importância de se criar e desenvolver organizações comunitárias e conquistar e manter práticas democráticas.

PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA

A história do que se pode denominar hoje como “prática de Saúde Pública” é a história das intervenções do poder nas comunidades humanas com a finalidade de controlar fatores de risco, doenças e indivíduos que, no entender do poder e de acordo com os interesses nele predominantes, representam uma ameaça à ordem social e econômica e à sobrevivência da população. A história da Saúde Pública é plena de situações típicas, e em outros capítulos deste livro tais assuntos são abordados em detalhes. Essas intervenções do poder nas comunidades humanas são tratadas também num sem-número de obras, mas cabe mencionar a competência e a qualidade literária com que tratam desse assunto, entre outros, Berlinguer (1988), Scliar (1987) e Rosen (1994), em *A doença, Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública*, e em *Uma história da saúde pública*, respectivamente.

Apenas como exemplo, ao analisar o modo como na Idade Média se lidava com a hanseníase, um dos principais problemas de Saúde Pública à época, Antunes

(1991) menciona que os leprosários cumpriram uma triste missão de vigilância sobre a vida urbana durante séculos, e que as atividades de controle público exercidas por aqueles estabelecimentos anunciaram uma forma inaudita de enfrentamento das doenças transmissíveis: a separação social dos doentes e sua retenção. Tal procedimento logo se fez comum e se difundiu quando, a partir da Renascença, o apogeu das cidades contribuiu para a difusão de novas epidemias.

Como não poderia deixar de ser, as ações atualmente reconhecidas como “práticas de Saúde Pública” mudaram, acompanhando o progresso científico-tecnológico da humanidade e assumindo diferentes faces e dimensões. Compreendida como um conjunto de práticas voltado ao bem comum, a Saúde Pública interessa à política. Conhecimentos sobre essa relação têm mostrado que ao longo de séculos as práticas mantiveram seu caráter de instrumento do poder para controlar indivíduos e fatores que, no entender do respectivo poder, representavam alguma ameaça à ordem econômica e à reprodução social; e continua assim. Mesmo com o surgimento do Estado moderno, essa característica essencial da Saúde Pública se manteve e, em certas situações, foi acentuada. Em *O nascimento da medicina social*, Foucault (1979) discorre sobre os rumos que a Saúde Pública tomou na Alemanha, na Inglaterra e na França, sobretudo nos séculos XVII e XVIII – rumos que, de certa forma, moldaram a Saúde Pública tal como praticada no mundo ocidental, desde essa época e até o presente. A emergência do poder burguês, embora reformista, não mudou na essência essa característica.

Entretanto, as revoluções operárias a partir do fim do século XIX vão ampliar, aprofundar e imprimir outros sentidos ao papel do Estado, com importantes consequências. As lutas populares por melhores condições de vida e trabalho, entre outros aspectos, criaram condições para a aprovação de leis de proteção social e o reconhecimento das ações de Saúde Pública como dever do Estado. Na esteira dessas conquistas, ocorreu a incorporação de práticas assistenciais dirigidas à gestante e à criança cuja finalidade implicaria, em última instância, reconhecer a assistência individual como um direito social.

O direito de todos à saúde emergiu como sonho e reivindicação proletária nos séculos XVIII e XIX, atravessou o século XX como desafio permanente no mundo ocidental e, mobilizando crescentemente recursos dos diferentes sistemas econômicos e regimes políticos, adentrou o século XXI sob um questionamento: o que é possível e necessário fazer para assegurar o direito de todos à saúde? Garantir assistência aos doentes é, por certo, um imperativo ético – ainda que sob pressão crescente nas democracias liberais ocidentais, nas duas primeiras décadas do século XXI. Mas o que fazer, além de assegurar assistência aos doentes? Ou, como tem sido mais frequente no discurso de base econômica na saúde: cabe ao Estado assegurar a assistência aos doentes, até que ponto? O grau da assistência financiada com recursos públicos deve ter algum limite? Como deve ser entendido e aplicado o princípio da integridade? A que custos (socialmente suportáveis)? Tais questionamentos constituem a base do que se vem denominando **Promoção da Saúde** e que, para alguns autores (Awofeso, 2004), caracteriza um período que denominam “nova Saúde Pública”.

O movimento da Promoção da Saúde, formalizado em 1986 com a Carta de Ottawa é, contudo, objeto de um capítulo específico neste livro e não será desenvolvido aqui.

No Brasil, o direito de todos à saúde foi formalmente consignado na Constituição da República em 1988. A *Carta* promulgada naquele ano reconheceu (art. 196) que

(...) a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil 1988)

É significativo assinalar, nesse sentido, que os participantes do Primeiro Fórum Social Mundial da Saúde declararam no documento final que:

(...) o neoliberalismo, como expressão de políticas econômicas centradas na acumulação do capital no mundo, e sua concentração em grandes corporações, é o principal fator gerador de sofrimento, doença e morte em escala mundial. Afirmamos que as políticas neoliberais são incompatíveis com o direito humano à saúde, pois os acordos comerciais e a atuação da Organização Mundial do Comércio – OMC, o Banco Mundial e o conjunto das instituições financeiras internacionais, inclusive algumas das próprias agências da ONU, vêm tratando a saúde como um produto comercial, condicionando o acesso à saúde à capacidade econômica das pessoas (...) A mercantilização da saúde e sua submissão aos interesses comerciais e financeiros, mundiais e nacionais, violam sistemática e maciçamente o direito à saúde, no momento em que excluem a maioria da população mundial das condições geradoras de saúde e do acesso aos serviços públicos fundamentais. (FSMS, 2005)

SAÚDE: ASSISTÊNCIA OU ATENÇÃO?

A saúde-doença envolve aspectos objetivos e subjetivos e decorre, conforme assinalado, de complexos causais nos quais estão envolvidas muitas variáveis. Algumas delas – apenas algumas – se localizam no campo de competência dos profissionais de saúde (Dever, 1984), e são objeto da atuação dos serviços de saúde – e, por extensão, dos serviços de Saúde Pública. Em consequência, os níveis de saúde de diferentes populações se definem (são determinados, no sentido probabilístico) “fora” do âmbito clínico-cirúrgico tão característico desses profissionais, desde suas origens mais remotas.

Contudo, reconhecer essa “determinação externa” dos níveis de saúde em termos populacionais não quer dizer, evidentemente, que as práticas de saúde (e as práticas de Saúde Pública) “não têm qualquer importância”. Essa constatação implica apenas admitir suas restrições, suas nenhuma como prática social para interferir em variáveis decisivas nessa determinação. Também por essa razão as práticas de Saúde Pública; como práxis, precisam transcender os serviços e mesmo o sistema de saúde, e desenvolver, concomitantemente, ações sobre todos os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, ou seja, precisam realizar a vigilância de saúde.

A rigor, portanto, “sistema de saúde” corresponde a algo que não se confunde com “sistema de serviços de saúde”, uma vez que enquanto o primeiro diz respeito ao conjunto de ações (intra e extrassetor saúde) que alteram o nível de saúde das populações, o segundo é restrito à produção de cuidados setoriais. As ações também podem ser divididas conforme seu âmbito e consoante senso lato ou estrito de Saúde Pública. Assim, pode-se falar de ações de Saúde Pública para aquelas atividades específicas do setor saúde, e de ações intersetoriais para aquelas iniciativas que dependem de outros setores, como educação, saneamento etc.

Mas serviços de saúde podem ter, se bem organizados e dirigidos, importante significado e profundo impacto ao lidar com diferentes agravos e tipos de incapacidades, entendidas como as impossibilidades, transitórias ou permanentes, de exercer uma ou mais funções orgânicas ou psíquicas. Por essa razão, é de grande importância prática organizar bons sistemas e serviços de saúde, administrar recursos com competência, manter atualizados os trabalhadores de saúde e investir em sua educação permanente. Em resumo: planejar, organizar e administrar a assistência à saúde. Mas as práticas de Saúde Pública devem ir além da assistência aos indivíduos. Para isso e impulsionadas por diferentes estratégias elas precisam se ocupar também da atenção à saúde.

Ao modo como, em cada contexto histórico concreto, se explica o fenômeno da saúde e da doença e se combinam conhecimentos, tecnologias e recursos para desenvolver ações assistenciais e de atenção à saúde, de acordo com uma determinada política de saúde, pode-se denominar “modelo de atenção à saúde” o qual, necessariamente, implica definir um rumo para as práticas de Saúde Pública. Portanto, um modelo resulta sempre do processo histórico nos quais estão imersos os diferentes atores sociais, seus respectivos interesses e, por conseguinte, suas condições e seus conflitos.

TERMOS SEMELHANTES COM SIGNIFICADOS DIFERENTES

É comum o emprego dos termos “assistência” e “atenção” como equivalentes, quando os que os empregam se referem às práticas de saúde e de Saúde Pública. Em decorrência, fala-se em “atenção ao doente” ou em “modelo assistencial” como se essas expressões tivessem o mesmo significado, respectivamente, de “assistência ao doente” e “modelo de atenção”. Frequentemente, a comunicação em saúde se vê prejudicada porque há termos e expressões, como os empregados no exemplo, aos quais são atribuídos vários sentidos. Assim, certas palavras se desgastam e esvaziam seu significado, pois em determinadas situações podem corresponder a qualquer coisa, de acordo com interesses e expectativas circunstanciais. Por essa razão, certas oposições ou relações, presentes em expressões do cotidiano da saúde, podem parecer absurdas aos que exigem precisão conceitual, como “Atenção e Promoção da Saúde”. Tais expressões, porém, fazem todo sentido para os que as adotam.

“Público”, “privado”, “privativo”, “estatal” e “particular” são expressões cujos binômios comportam distintos significados, dependendo de quem faz uso desses

termos, e com que finalidade. É conveniente, não obstante o sentido que certos termos têm em outras línguas, que sejam empregados com sentidos precisos em língua portuguesa, de modo a melhorar a qualidade da comunicação e evitar ambiguidades e duplicidades de sentidos e significados, ainda que se reconheça a polissemia de certas palavras.

Para Narvai (1994), quando se fala em “atenção à saúde” pretende-se referir ao “conjunto de atividades intra e extrassetor saúde que, incluindo a assistência individual, não se esgota nela, atingindo grupos populacionais com o objetivo de manter a saúde, e requerendo ações concomitantes sobre todos os determinantes da saúde-doença”. Assim, atenção e assistência são termos aos quais correspondem distintos significados, sendo que, segundo esse ponto de vista, a “assistência” corresponde ao “conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, estejam doentes ou não”.

Admitindo-se esse referencial, conceber e implementar modelos de atenção à saúde requer muito mais do que, simplesmente (o que não é pouco, convém assinalar), delinear e gerir sistemas assistenciais. Entretanto, dado que muitas ações decisivas para a atenção à saúde são decididas e planejadas fora do denominado setor saúde – como a habitação e a geração de emprego e renda, para não mencionar apenas a educação – frequentemente aos encarregados do planejamento e gestão da saúde resta, efetivamente, tomar decisões sobre sistemas assistenciais. Mas é crucial que estes, sem descuidar do modelo assistencial, articulem as ações em um conjunto mais amplo de medidas, de modo que os modelos de atenção à saúde consigam, efetivamente, produzir socialmente a saúde coletiva. O que fazer e como conseguir isso resulta de complexos processos sociais e políticos cuja discussão e análise transcendem os objetivos deste capítulo. Entretanto, deve-se assinalar a importância de, ao analisar experiências concretas, sempre buscar levar em consideração alguns aspectos fundamentais do sistema assistencial, para compreender um determinado modelo e sua evolução. Assim, é importante obter dados e analisar, entre outros: o contexto institucional, a estrutura organizacional, a capacidade instalada e a disponibilidade de recursos humanos, as características dos processos de administração, gestão e financiamento, os sistemas de informações, o grau de permeabilidade das decisões e dos processos de produção dos cuidados de saúde à participação da população e, por certo, as características específicas das ações de saúde, em termos individuais e coletivos, bem como os sistemas de atendimento empregados e as técnicas, os métodos e os ambientes de trabalho adotados.

Foi mencionado que as práticas de Saúde Pública se caracterizam por visar a resolução de um determinado tipo de problema, podendo ser adotadas medidas coletivas dirigidas ao controle de indivíduos e de fatores que representam alguma ameaça à ordem econômica e à reprodução social. Elas se efetivam por meio de três tipos básicos de ações – preventivas, diagnósticas ou terapêuticas –, dependendo dos objetivos com que são desenvolvidas.

Durante muito tempo, Saúde Pública foi sinônimo de ação coletiva. Mesmo as ações sobre o indivíduo eram parte da estratégia mais geral, cujo caráter sistemático

tinha por objetivo produzir um efeito global e por finalidade contribuir para o bem comum. Nesse contexto, qualquer que fosse o “objeto” imediato da atividade, indivíduos, grupos ou ambiente, toda ação desse tipo era considerada coletiva em virtude de sua finalidade mediata e sua inserção no conjunto do esforço geral dirigido ao bem comum. Embora aplicada individualmente, a vacinação de um determinado conjunto de indivíduos podia ser suficiente para reduzir a circulação do agente infeccioso na população e produzir o fim almejado, e assim a vacinação era considerada uma ação coletiva.

Entretanto, têm-se assistido a importantes transformações nos modos de vida e no desenvolvimento humano. Tanto no plano da política como nas dimensões social e econômica, a evolução do Estado moderno, a busca por justiça social, a defesa dos direitos coletivos e individuais e a expansão do mercado de consumo de bens e serviços têm criado diferentes condições e alterado vários aspectos da relação dos homens entre si e com a natureza. A teoria e a prática da Saúde Pública também têm sido renovadas. Diferentemente do passado, hoje a aplicação de uma vacina pode ser feita sem conexão direta com um esforço geral sistemático, apenas com a finalidade de proteção específica de um determinado indivíduo. No passado, e ainda hoje em muitas regiões, o “objeto” da ação de Saúde Pública pode ser uma pessoa que aceita sua condição de sujeição à norma e ao poder. Por outro lado, numa concepção renovada, deve-se abandonar a noção pela qual as pessoas são tratadas como “objetos”, como indivíduos que se sujeitam às ações e sem considerá-las sujeitos portadores de autonomia em algum grau, direitos e responsabilidades.

Nessa concepção, as **ações individuais**, preventivas ou terapêuticas, podem ser definidas como ações dirigidas a pessoas físicas, doentes ou não, com o objetivo de produzir determinadas reações biológicas ou psicológicas previsíveis em algum grau, de acordo com os conhecimentos existentes no momento em que são realizadas. Nesse sentido, são exemplos de ações individuais: aplicação de vacina, restauração dentária e realização de sutura, entre outras. As ações comumente denominadas “autocuidado” são ações individuais, em que sujeito e objeto se confundem. Assim, quando se fala em “cuidado” pretende-se, efetivamente, falar de “heterocuidado”, que pode ser caracterizado como uma ação individual, preventiva, diagnóstica ou terapêutica, em que, ao contrário do autocuidado, o sujeito se distingue do objeto e, em algum grau, o submete a procedimentos por ele aceitos que devem beneficiá-lo em decorrência da incapacidade do objeto em assumir-se como sujeito da ação. É conveniente, a propósito, assinalar que se reconhece a complexidade que envolve os termos “sujeito” e “objeto” também na saúde, e ponderar que não se deve desconsiderar que, nesse contexto, o “objeto” é um ser humano que, sendo sujeito, nega-se à sujeição e busca autonomia e emancipação.

As **ações coletivas** impactam grupos de pessoas, consideradas individualmente ou em grupo, ou ainda organizações (pessoas jurídicas, particulares ou estatais) e objetivam produzir determinados efeitos precautórios, preventivos ou de controle sobre a ocorrência de eventos geradores de agravos à saúde, doença ou morte. Os conceitos de “grupo” e “organização” são decisivos para a caracterização de uma

ação de saúde como uma “ação coletiva”, pois pressupõem algum tipo de interesse específico compartilhado ou a interação entre os participantes do grupo ou os membros da organização. Ainda que no processo interativo (dinâmica) do grupo em determinadas situações seja irrelevante a questão de quem é o sujeito da ação, é crucial não perder de vista que toda ação coletiva de saúde, da mesma forma que qualquer ação individual, deve resultar de um processo de planejamento com uma intencionalidade e, sobretudo, com um responsável, que responde pela ação em qualquer circunstância e instância. São exemplos de ações coletivas: atividade educativa com grupos, dramatizações, palestras e peças publicitárias veiculadas por meios de comunicação de massa, entre outras.

Um aspecto fundamental das ações de saúde diz respeito ao conceito de integralidade, que não pode ser reduzido ao mero “atendimento integral” do texto constitucional brasileiro (art. 198, II), nem se restringir à (necessária) integração das unidades do sistema de serviços de saúde. Essas duas dimensões, geralmente definidas como dimensão vertical (atendimento integral) e horizontal (integração dos serviços), não “esgotam” o conceito de integralidade, que requer uma terceira dimensão: a da intersetorialidade. Sem que ações intersetoriais sejam desenvolvidas para produzir socialmente a saúde, a integralidade fica fortemente prejudicada. Com efeito, para os participantes do Primeiro Fórum Social Mundial da Saúde, os novos modos de atenção à saúde devem

(...) atentar para a incorporação dos cuidados integrais em áreas que têm sido desconsideradas, apesar dos indicadores epidemiológicos apontarem sua relevância social, tais como a atenção à saúde bucal integral, a atenção qualificada e não institucionalizante da saúde mental, os cuidados intensivos e o acesso aos medicamentos essenciais e também aos de alto custo (...) eliminar a ideia de integralidade apenas em nível de menor complexidade e garantir a resposta integral às necessidades das populações, desde a segurança alimentar até os transplantes, porém enfatizando a qualidade de vida das pessoas. A integralidade também inclui o acesso, através dos sistemas públicos, às práticas tradicionais dos povos de cada país, respeitando sua etnicidade dentro de um marco de interculturalidade e diversidade cultural. (FSMS, 2005)

AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA: VIGILÂNCIAS E PROGRAMAS

As práticas de Saúde Pública no Brasil são demarcadas pelo modelo cujas linhas gerais foram definidas na Constituição de 1988 (Brasil, 1988), que criou o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é, reconhecidamente, uma importante conquista social dos brasileiros, consignada na Carta Magna. Uma das consequências práticas dessa conquista é o fato de que, no Brasil, a avalanche neoliberal das últimas décadas do século XX não destruiu o sistema público de saúde, como aconteceu em quase todos os países da América Latina. Há muitos números para comprovar os efeitos positivos da existência do SUS para a Saúde Pública, mas não é o caso de entrar em detalhes aqui.

Reconhecer isso não significa, entretanto, desprezar os enormes problemas que o setor saúde enfrenta, seja em decorrência das péssimas condições de vida da maioria – que têm grande impacto sobre os níveis de saúde – seja das dificuldades orçamentárias e gerenciais que marcam a administração pública.

Uma das mais importantes inovações do SUS é operar como um sistema com participação das três esferas de governo e sob comando único em cada nível, sendo facultado aos municípios se consorciarem para otimizar recursos e melhor resolver seus problemas. Com liberdade, portanto, para definir as ações que devem ser implementadas em cada local (Campos, 1998).

Constata-se então que, no caso do SUS, embora o sistema seja único, o modelo de atenção à saúde dele decorrente é flexível o bastante para, assegurando-se os princípios do sistema, conduzir as ações que se identifiquem como mais adequadas a realidades tão distintas quanto as representadas pelas diferentes regiões e microrregiões brasileiras. Para financiar o SUS há fundos governamentais específicos e a cidadania controla o sistema, com maior ou menor grau de transparência e eficácia, dependendo da força acumulada pela sociedade civil em cada contexto, por meio de conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo (Brasil, 1990b).

A construção do SUS tem sido uma paciente tessitura que, envolvendo milhares de órgãos, instituições, entidades do movimento sindical, movimentos sociais de defesa de pacientes ou portadores de condições especiais, entre outros, possibilitou superar o quadro de fragmentação e centralização das ações de Saúde Pública que predominou no país no século XX. O símbolo maior da dicotomia do sistema, que se expressava na díade Saúde Pública-Saúde Previdenciária, era a exigência da carteira de trabalho como condição para acesso e atendimento nos serviços de saúde. A criação do SUS permitiu acabar com isso.

Entre as muitas e importantes inovações que vieram com o SUS na gestão da *res pública* no âmbito da saúde, a crucial é a descentralização, com possibilidade de os municípios tomarem decisões sobre as ações e os programas mais adequados às suas realidades, conforme assegura o art. 30, VII, da Constituição de 1988, ao dispor que compete ao município “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do estado, serviços de atendimento à saúde da população” (Brasil, 1988). Para um país de dimensões continentais, e com a tradição centralizadora que o marca desde a época do Descobrimento, descentralizar é uma verdadeira revolução, seja pelas dificuldades territoriais, seja, sobretudo, pelas dificuldades institucionais. Implica, também, para quem toma decisões em nível local, pensar com o próprio cérebro sua própria realidade, identificando e organizando forças políticas capazes de dar sustentação às propostas de políticas públicas que incluam entre seus objetivos alcançar a situação de saúde de cada comunidade.

As ações de Saúde Pública, individuais e coletivas, são frequentemente articuladas e operacionalizadas segundo dois agrupamentos: **ações de vigilância e ações programáticas**. Ambos os grupos incluem ações que se desenvolvem em diferentes níveis de atenção, em diferentes esferas de governo (federal, estadual ou municipal), contemplando tanto as preventivas quanto as diagnósticas e as terapêuticas.

Do ponto de vista histórico, os programas de saúde (definição de recursos, ações, tecnologias e estratégias) surgiram para o enfrentamento de doenças específicas, implicando a criação de órgãos específicos e a verticalização institucional do planejamento e da organização nas três esferas de governo. Diferem das campanhas de saúde por se desenvolverem por longos períodos de tempo (vários anos ou décadas, na maioria dos casos). São exemplos os programas nacionais de controle da tuberculose e da hanseníase, entre outros, que marcaram a Saúde Pública no Brasil no século XX. Atualmente, o termo “programa” tem outro sentido e, no âmbito do SUS, não corresponde mais à existência de órgãos específicos voltados ao problema respectivo, nem à gestão em separado do conjunto dos programas de saúde. Mesmo programas muito populares, como o Programa de Saúde da Família não têm essa característica, a ponto de se dar preferência à expressão Estratégia Saúde da Família para não dar margem a incompreensões. Frequentemente se adiciona o adjetivo “integral” ao termo “programa” para indicar que se pretende que as ações dirigidas a determinados grupos populacionais alvos desses programas sejam abrangentes, e que sejam considerados todos os determinantes e condicionantes dos agravos e das doenças, o que implica pensar e agir de modo intersetorial, transcendendo o próprio setor saúde. Mas, no caso dos programas, ainda que sejam “fortes” os componentes não assistenciais, a assistência individual é decisiva, imprescindível.

As ações de vigilância, por outro lado, localizam-se mais no campo da denominada “atenção à saúde” do que no plano da assistência aos indivíduos. Em relação ao controle de doenças, o termo “vigilância” foi empregado pela primeira vez, em 1955, na denominação do Programa Nacional de Vigilância da Poliomielite, criado nos Centros de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos para coletar, consolidar e disseminar informação epidemiológica sobre essa doença.

Os elementos essenciais das ações de vigilância, que servem para caracterizá-la e diferenciá-la das ações assistenciais, são, segundo Silva-Júnior et al. (2004): a) o caráter de atividade contínua, permanente e sistemática, o que a distingue de estudos e levantamentos realizados de forma ocasional, seja por serviços de saúde, seja por instituições de pesquisa; b) o foco dirigido para determinados resultados específicos procurando estabelecer os objetivos e as metas a serem alcançadas; c) o uso de dados diretamente relacionados com práticas de Saúde Pública, particularmente os referentes à morbidade e à mortalidade, ainda que outras informações possam subsidiar a análise da situação de determinada doença e seus fatores de risco; e d) o sentido utilitário, pragmático da atividade que, em última análise, visa estabelecer o controle de doenças e não apenas ampliar os conhecimentos sobre essas.

Assim, embora a assistência aos indivíduos seja indispensável em certas ações de vigilância epidemiológica e de saúde do trabalhador, as ações de vigilância estão relacionadas às noções de risco, de probabilidade estatística, e no respectivo significado epidemiológico e sanitário que a presença de um determinado fator pode representar para a ocorrência de um evento adverso à saúde. Um exemplo disso são as ações de vigilância sanitária que se orientam aos processos de produção, distribuição e consumo de bens e serviços de interesse para a saúde.

A **Vigilância Sanitária** pode ser conceituada como um sistema permanente de ações articuladas, instituído e mantido pelo Poder Público, orientado à redução, e se possível eliminação, dos riscos à saúde produzidos no meio ambiente e nos ambientes de trabalho, decorrentes dos processos de produção, distribuição e consumo de bens e serviços de qualquer natureza. Evidentemente, essa é apenas uma das muitas maneiras de conceituar essa expressão. Observa-se, entretanto, que, seja qual for seu conceito, os formuladores concordam sempre quanto ao papel nuclear que cabe ao Estado nessa área. Com efeito, na própria Constituição da República (Brasil, 1988) encontra-se no item II do artigo 200 que compete ao SUS "executar as ações de vigilância sanitária". Em decorrência, ao se referir às ações, as normas legais brasileiras o fazem reafirmando esse papel central do Estado.

Além do item II, em outros itens do mesmo art. 200 da Constituição, aparecem outras competências do SUS relacionadas diretamente às ações de vigilância sanitária: "controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos" (item I); "participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico" (item IV); "fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano" (item VI); "participar do controle e da fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos" (item VII); "colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho" (item VIII).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal n. 8.080, de 19/09/1990) define Vigilância Sanitária (art. 6º, XI, 1º) como "um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde" (Brasil, 1990a).

Produzir, distribuir, divulgar, comprar e vender bens e serviços implica uma complexa rede de relações envolvendo, entre outros aspectos, a qualidade dos produtos e os riscos a que se submetem seus produtores e consumidores. Melhorar a qualidade desses bens e serviços é um imperativo e constitui um permanente desafio aos que os produzem. Assegurar qualidade aos produtos, diminuindo ao máximo ou se possível eliminando os riscos à saúde de produtores e consumidores, deve ser um objetivo comum tanto dos produtores quanto dos órgãos de Estado. Proteger a saúde de todos os envolvidos nesses processos é, portanto, um dever da sociedade, por meio do Estado. As ações de vigilância sanitária são o instrumento que tem o Estado para dar conta desse dever.

Sobre as vigilâncias em saúde, os participantes da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2004) propuseram que se deve:

(...) organizar Sistema de Vigilância em Saúde nas três esferas de governo, por meio de articulação das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental, alimentar e nutricional e, em especial, a vigilância da saúde do trabalhador e em ambientes de trabalho.

Valorizar esse sistema com investimentos em recursos humanos, em equipamentos adequados, obedecendo aos princípios da integralidade das ações de saúde, da intersectorialidade e da descentralização, com acompanhamento e avaliação por meio de indicadores, com ênfase no trabalho educacional formando uma rede comprometida com todos os segmentos da sociedade, bem como: (I) estabelecendo indicadores sociais e epidemiológicos agregados por região que contemplem a qualidade do atendimento prestado, incluindo aspectos da subjetividade do sofrimento humano a fim de propiciar informações para a modificação do modelo de atenção à saúde e aumentar a resolutividade da rede de atenção básica quanto aos transtornos psíquicos; (II) exigindo que todo grande projeto industrial ou obra de grande porte, ao ser implantado, realize estudos de impacto sobre a saúde do trabalhador e do meio ambiente, garantindo a implementação de medidas de promoção da saúde coletiva e medidas de compensação, incluindo a implantação de serviços de apoio ao trabalhador e; (III) fomentando a realização de ações em saúde que utilizem as concepções de território, de risco e análises de situação de saúde, incluindo, além dos moradores e usuários dos serviços, os trabalhadores e os ambientes de trabalho. (...) Estabelecer políticas claras de ações em vigilância sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador, com financiamento compatível, que incluam o fomento de estudos e pesquisas na área, com a garantia do pleno exercício das atividades de fiscalização, inspeção, avaliação e educação sanitária e de saúde do trabalhador, para assegurar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados à população, bem como a garantia de que as ações de vigilância sanitária, incluindo o controle de produtos, serviços, portos, aeroportos e serviço de fronteiras e saúde do trabalhador sejam executadas por profissionais qualificados da área, conforme o disposto na legislação vigente, e de modo articulado com as vigilâncias ambiental e epidemiológica e serviços de saúde do trabalhador.

Nessa perspectiva, a Portaria MS 3.252, de 22/12/2009, definiu que a Vigilância em Saúde constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo a vigilância epidemiológica; a promoção da saúde; a vigilância da situação de saúde; a vigilância em saúde ambiental; a vigilância da saúde do trabalhador; e a vigilância sanitária.

A Vigilância em Saúde objetiva a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde.

Segundo a Portaria, cabe à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde a formulação e a aprovação de normas complementares abrangendo todas as atividades, excetuando-se as de vigilância sanitária sob a responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) criada pela Lei 9.782/99 que redefiniu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

A implementação das ações de saúde, tanto as programáticas quanto as de vigilância, se faz levando em conta os princípios da descentralização, regionalização e

hierarquização, segundo níveis de atenção. Ainda que alguns autores (Cecílio, 1997) critiquem essa lógica organizativa e de planejamento, é inegável que são bastante difundidas entre sanitaristas e técnicos de Saúde Pública.

Assim, é preciso compreender o que se pretende com a expressão "níveis de atenção em saúde" explicitando um conceito sobre ela. Um aspecto a considerar é que a expressão pressupõe um sistema, e que é preciso identificar e compreender o papel de cada unidade em seu interior. A começar pela denominada Unidade Básica de Saúde (UBS), reconhecida como a unidade fundamental do SUS. Ou seja: não se pode pensar o sistema de saúde sem levar em conta a UBS – que são milhares em todo o Brasil. Mesmo municípios com pequeno número de habitantes apresentam, muitas vezes, várias UBSs em seu território. O conjunto das UBSs constitui o que se convencionou denominar **rede básica de saúde**, encarregada da chamada **atenção primária à saúde**.

Atenção **primária** ou **básica** significa atenção primeira – não, necessariamente, atenção única. É esse o sentido do termo e não, como muitas vezes se ouve, atenção de baixa qualidade para problemas "simples". Sabe-se que, em saúde, o simples é muito relativo...

A própria noção de básico ou primário, com o sentido de primeiro, supõe a existência de unidades de saúde encarregadas do que é secundário ou terciário, encarregadas, portanto, do que não é básico.

O SUS se organiza em cada região ou município segundo as características da realidade de cada local. De modo geral, os Distritos de Saúde (DS), ou Sistemas Locais de Saúde (SLOS), são estruturados segundo três diferentes níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Há, porém, Unidades de Saúde que por suas características (tipos de equipamentos e tecnologia envolvida na assistência; alta especialização e qualificação dos recursos humanos etc.) desempenham um papel estratégico para o conjunto do sistema, recebendo pacientes de todo o país e mesmo do exterior. São os chamados centros de excelência que podem ser situados num quarto nível de atenção, embora essa expressão não seja usual. Mais recentemente no Brasil têm sido empregadas as expressões "atenção básica" e "atenção de média e alta complexidade" para conformar dois blocos bem distintos de tipos de serviços de saúde. Por essa razão, faz sentido falar em "níveis de atenção" quando se considera o conjunto das unidades de saúde que compõem o SUS, uma vez que os diferentes tipos de serviços ofertados permitem situá-las num determinado nível de atenção. Faz sentido, cabe enfatizar, nesse contexto organizativo e operacional, tendo como referência a organização de redes de atenção à saúde.

Pode-se resumir a caracterização dos diferentes níveis de atenção da seguinte forma:

■ **atenção primária:** ações básicas nos campos da promoção, prevenção e assistência individual e a prestação de serviços necessários à resolução dos problemas de maior prevalência e significado social em cada comunidade. Diz-se que as Unidades que realizam atenção primária são a porta de entrada do SUS;

■ **atenção secundária:** conjunto de ações de grau razoável de diferenciação tecnológica quanto a recursos humanos (mais especializados) e equipamentos (mais avançados). Geralmente são identificados como ambulatórios de especialidades e se dedicam a ações de "de média complexidade"; e

■ **atenção terciária:** produção de ações e serviços de alta complexidade, por especialistas em diferentes áreas requerendo, em geral, algum tipo de internação.

Cabe, aqui, uma consideração importante: a existência de diferentes níveis de atenção no interior do SUS (e, de resto, em sistemas de saúde bem organizados) decorre da racionalização do trabalho com vistas a potencializar os recursos disponíveis. De fato, não são necessários certos equipamentos ou certos especialistas em todos os lugares. Mas todas as pessoas de todos os lugares devem ter acesso a certos equipamentos e a certos especialistas sempre que precisarem deles. Assim, para que se possa assegurar o acesso e o atendimento das pessoas aos recursos de que necessitam, é imprescindível que sejam estabelecidos mecanismos de referência e contrarreferência, por meio dos quais os usuários são encaminhados (referência) de uma unidade de saúde a outra, em geral de níveis de atenção diferentes. Nada impede, porém, que esse encaminhamento se dê no mesmo nível de atenção. Uma vez feito o atendimento, o usuário é encaminhado de volta (contrarreferência) para a unidade de saúde de origem.

Contorne mencionado, a UBS é a porta de entrada do SUS. O fato de ser porta de entrada do SUS não significa que a UBS seja um lugar por onde as pessoas simplesmente passam em direção a outros níveis de atenção. Aliás, é bem o contrário: em sistemas locais de saúde bem organizados e dirigidos, a rede básica é responsável pela resolução de mais de 70% dos problemas de saúde-doença das pessoas que procuram o SUS, desenvolvendo ainda uma série de ações com o objetivo de evitar o aparecimento de doenças na comunidade.

Aqueles que acham que é "simples" fazer esse trabalho enganam-se completamente. É um grande equívoco associar a complexidade de quadros patológicos e a sofisticação de equipamentos à complexidade do trabalho em saúde, concluindo que o trabalho na rede básica não é complexo por não envolver equipamentos sofisticados ou o atendimento de portadores de doenças raras ou de alta complexidade biológica. O trabalho na rede básica é, ao contrário, dos mais complexos uma vez que, para seu bom planejamento, execução e obtenção de resultados satisfatórios, faz-se necessário o domínio e a aplicação de conhecimentos de várias áreas do campo das ciências sociais, combinando-os com os conhecimentos biológicos. Em determinadas situações, o mais experiente cardiologista pode simplesmente não saber o que fazer numa UBS.

A rigor, essa exigência de domínio de todos os conhecimentos envolvidos na produção da saúde-doença, e não apenas dos aspectos biológicos, é feita ao conjunto dos profissionais de saúde que dão vida ao SUS, seja qual for o nível de atenção em que atuam. Mas, quando se leva em conta a necessidade de, ao mesmo tempo que se faz a assistência individual, também atuar sobre todos os determinantes e

condicionantes dos níveis de saúde das comunidades, então fica evidente o papel altamente relevante da UBS no SUS – ainda que, por certo, muitos desses determinantes e condicionantes não sejam alcançados pelas ações desenvolvidas nas UBS.

É oportuno ainda destacar que, conforme se reconhece na Lei federal n. 8.080/90, “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. Assim, para ser coerente com esse entendimento dos determinantes e condicionantes da saúde, deve-se enfatizar que é papel da UBS (ou seja, da equipe de saúde que lhe dá vida diariamente) impulsionar ou coordenar o desenvolvimento de atividades relativas a todos esses aspectos, para que possa ser eficaz no enfrentamento dos problemas de saúde-doença em sua área de atuação. Logo, é competência da equipe de saúde de qualquer UBS conhecer e considerar o impacto que todos esses determinantes e condicionantes têm sobre a saúde da população pela qual é responsável, e desenvolver ações ou encorajar iniciativas em outros setores para eliminar, ou pelo menos diminuir, o impacto desses fatores – ainda que a equipe não seja diretamente responsável pela execução de ações sobre condições que incumbem a outros setores. Não há dúvida, por outro lado, de que o cotidiano das UBS está ainda muito distante desse ideal. Mas não há dúvida, também, de que é preciso ter clareza sobre essa situação ideal para, tendo essa referência, buscá-la no dia a dia das ações de Saúde Pública. Agir assim é fazer vigilância da saúde.

PÚBLICO E PRIVADO NA SAÚDE PÚBLICA

Quem deve realizar as ações individuais e coletivas, preventivas, diagnósticas e terapêuticas, no âmbito da Saúde Pública? Diferentes países dão distintas respostas a essa questão, dependendo de sua respectiva história, valores predominantes, legislação e tipos de problemas que enfrentam, entre outros aspectos.

No Brasil, em particular, predominou até o fim do século XX a visão de que ao Estado, por meio de vários órgãos e instituições, compete prover serviços de saúde pública – diretamente, como no caso das ações “típicas de Saúde Pública” (vacinação, tratamento de portadores de doenças transmissíveis), ou indiretamente, como em certas ações individuais de assistência médica para segurados da previdência social, ainda que com a ressalva de que essa “saúde previdenciária” não era “Saúde Pública” (no sentido clássico do conceito), mas se destinava ao atendimento de necessidades dos segurados e de seus dependentes –, sem considerar se essas necessidades correspondiam ou não a “problemas de Saúde Pública”. Contudo, as pressões populares para ampliar e aprofundar as práticas assistenciais em saúde, impulsionadas fortemente com a criação do SUS, e seu reconhecimento como um direito social, têm levado à ampliação do próprio conceito de Saúde Pública que, no presente, incorpora o que no Brasil se denominava até recentemente “saúde previdenciária” e que, em última instância, diz respeito aos arts. 196 e 197 da Constituição e a todas as ações que geram impacto nos níveis de saúde-doença das populações.

Entretanto, essa noção é alvo de críticas e disputas. Nesse novo cenário aberto com a criação do SUS, questiona-se o “modelo estatal” de desenvolver “ações de Saúde Pública”. Procura-se operar uma redução em seu sentido, associando-a também com ações de saúde para “pobres” ou “carentes”, no contexto de políticas sociais compensatórias.

Bresser-Pereira (2005) é enfático ao propor que tais serviços devem ser conduzidos por “organizações sociais”, destacando que crises de gestão de serviços de saúde não devem ser vistas como “um problema conjuntural, que pode ser resolvido por uma melhor gestão”, mas entendidas como “um problema estrutural que diz respeito à ‘propriedade’ do serviço” que “não pode ser estatal, nem deve ser privada: deve ser pública não estatal”, ou seja, deve caber “às entidades sem fins lucrativos da sociedade civil”. O autor acredita que essas “organizações sociais”, gestoras de recursos públicos mediante “contratos de gestão” celebrados com o Estado, seriam “controladas pela comunidade local” e por “conselhos de administração com participação minoritária de representantes dos governos federal, estadual e municipal” continuando seus serviços a ser “absolutamente gratuitos”. Mas, adverte, essas organizações “não fariam parte do aparelho do Estado. Seus novos funcionários, portanto, não seriam servidores públicos, mas celetistas”. No Primeiro Fórum Social Mundial da Saúde essa tese foi rebatida, argumentando-se que “o ataque privatizante e desfinanciador dos sistemas sanitários públicos atinge e precariza diretamente as condições de vida e as relações de trabalho, aumentando as jornadas de trabalho, terceirizando os serviços, desconhecendo os direitos sindicais e afetando a saúde dos trabalhadores da saúde” (FSMS, 2005). Bresser-Pereira, contudo, contra-argumentava que

(...) a oferta de serviços sociais e científicos através de organizações sociais, em vez da oferta direta, é comum a todas as reformas da gestão pública que vêm ocorrendo nos países mais desenvolvidos a partir dos anos 1980, [uma vez que é] impossível ao Estado controlar com eficiência o grande e variado número de serviços sociais e científicos que lhe cabe oferecer.

O autor denomina “descentralização” a essa estratégia e assinala que, dessa forma,

(...) retira-se o serviço de dentro do aparelho do Estado, onde ele tende a ser monopolista e, por isso mesmo, ineficiente [sic], e o atribui a uma organização da sociedade civil (...) que recebe um recurso do Estado e é obrigada a fazer melhor uso dele porque compete, perante o Estado, e a sociedade, com outras entidades semelhantes, por padrões de excelência que nasçam da própria comparação entre desempenhos.

Bresser-Pereira pondera que essa “competição administrada” não é uma “competição por lucro ou por clientes, mas uma competição por padrões de excelência que nascem da própria sociedade e das possibilidades concretas que as instituições têm de atingi-los”. Rebatendo críticas de que sua proposição seria uma forma de “privatização” de hospitais e outras unidades de saúde, sustenta que “na verdade o que

ocorre é a sua 'publicização' – sua transformação em organizações públicas não estatais que efetivamente atingem seus objetivos públicos" a um custo "25% menor do que o de hospitais similares estatais" sendo que a qualidade dos serviços tenderia a ser "consideravelmente melhor" (Bresser-Perreira, 2005).

As proposições de Bresser-Perreira estão longe de expressar consenso sobre o debate travado em torno da questão da propriedade dos serviços públicos de saúde, sobre a natureza do vínculo de trabalho de seus funcionários, o controle público das ações realizadas e, entre outras questões candentes, a da entrega a particulares de fundos públicos sob responsabilidade do Estado para gestão privada, bem como decisões sobre sua melhor alocação.

Para os participantes do Primeiro Fórum Social Mundial da Saúde

(...) as reformas neoliberais do Estado têm destruído os sistemas de seguridade social e deixado sem proteção populações socialmente frágeis, como as rurais, os trabalhadores informais, as crianças, as mulheres e os idosos, ao negarem ou violarem os direitos relativos a habitação, saúde, previdência, assistência social, educação e trabalho. Alertamos que a inexistência de um sistema de seguridade social voltado para a qualidade de vida significa a impossibilidade de afetar positivamente os determinantes da saúde e, portanto, perpetuam-se as condições geradoras da pobreza e da doença. (FSMS, 2005)

As preocupações com a "eficiência" e a "modernização da gestão pública" tiveram na área da saúde, no município de São Paulo, uma experiência em larga escala, duradoura, e que alterou em profundidade os fundamentos da gestão da Saúde Pública na cidade, no período 1993-2000. Pelo significado dessa experiência, pelo fato de expressar um confronto entre os dois principais projetos políticos em disputa no âmbito da saúde no Brasil e pelo fato de se desenvolver no município com o maior e mais complexo sistema municipal de saúde brasileiro, são oportunas as considerações que seguem.

Logo após a criação do SUS (1988), o município de São Paulo, na gestão 1989-1992, viveu um período de intensa mobilização popular e esforço administrativo e técnico para, "centrados na participação popular, na descentralização e na democratização dos serviços de saúde", implementar o SUS na cidade (Cohn et al., 1993). Esse processo se fez com investimentos em equipamentos estatais e dotando-os de recursos humanos qualificados, admitidos mediante concursos públicos. Para Neder (1998),

(...) a gestão democrática e popular ampliou significativamente a oferta de serviços na cidade (...) e implantou diversos programas inovadores – saúde mental, bucal, DST-Aids, trabalhador, mulher, criança, deficientes – que revolucionaram as práticas de saúde na cidade. As ações eram integradas, isto é, associavam ações preventivas e de promoção de saúde às atividades de cura e reabilitação. Foram criados mais de 30 mil cargos para os trabalhadores da saúde, o que fez que a Secretaria realizasse mais de 100 concursos públicos. Essa ação viabilizou uma sensível mudança no quadro de recursos humanos. Em 1989, eram 24 mil servidores, sendo que apenas

30% eram efetivos. Em 1992, eram 42 mil, dos quais 85% nomeados por concurso público. O controle público foi exercido através do Conselho Municipal de Saúde. Criado em 1989, respeitava a participação dos usuários e dos movimentos populares de saúde. As ações prioritárias eram definidas nesses fóruns. A representação também ocorria nas instâncias locais e regionais, sendo que foram implantados 164 Conselhos Gestores [para exercer controle público de unidades de saúde em diferentes níveis de atenção do SUS].

Contudo, a partir de 1995, na gestão 1993-1996, a Prefeitura de São Paulo mudou radicalmente a orientação da política de saúde. O SUS passou a ser visto como inadequado e, rompimento com as determinações legais da Constituição da República (Brasil, 1988) e da Lei federal 8.080 (Brasil, 1990a), a Prefeitura impôs o Plano de Atendimento à Saúde (PAS) como política pública nessa área (Sá et al., 1997).

Embora o PAS não tenha sido cogitado durante a campanha eleitoral, não contando, portanto, no plano de governo apresentado aos eleitores pelo então candidato, nem tenha sido sequer encaminhado à apreciação do Conselho Municipal de Saúde – órgão deliberativo, segundo a Lei federal n. 8.142, de 28/12/1990, sobre a "formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde" (Brasil, 1990b) –, foi imposto pela Administração Municipal de Saúde (SMS-SP). Milhares de servidores foram transferidos para outros órgãos; como a Guarda-Civil-Metropolitana e secretarias, como Obras, Verde e Meio Ambiente, Esportes, e Bem-Estar Social (Sá et al., 1997). Foi travada uma longa batalha judicial. Segundo esses autores, houve um "êxodo forçado" que "resultou em mudanças na estrutura do quadro de pessoal da Secretaria Municipal da Saúde [com] 35.035 remoções/transfêrencias para todos os destinos". Para os autores,

(...) o êxodo significou um retardo na organização política do setor saúde no Município de São Paulo, mantendo por ainda mais tempo a desarticulação entre os governos municipal e estadual, com anulação do conceito sistêmico inerente à saúde no seu aspecto amplo.

Há depoimentos dramáticos de servidores públicos municipais sobre "a chegada" do PAS a certas unidades de saúde da SMS-SP. Muitos mencionam o período de "sofrimentos", "perseguições" e "humilhações" a que foram submetidos: "Fui proibido de voltar ao hospital para pegar meus pertences. Fomos enxotados (...)" (FSP, 2000b).

A estratégia adotada pelo Poder Público Municipal com o PAS foi de transferir a gestão da saúde para a iniciativa privada – representada por "organizações sociais" que apareciam oficialmente como "cooperativas" de funcionários licenciados da Administração Direta, mas eram, efetivamente, controladas política, financeira e administrativamente por grupos econômicos que não apareciam como os reais controladores. As organizações sociais ("cooperativas") eram remuneradas por usuários em potencial (número calculado com base na população de determinada região a ser atendida), independentemente, portanto, de lhes prestarem ou não ser-

viços. O princípio constitucional (art. 198) da "participação da comunidade" (Brasil, 1988), exercendo o controle público das ações e dos serviços de saúde, foi simplesmente ignorado. Os membros do Conselho Municipal de Saúde foram desatendidos.

Na gestão 1997-2000, o PAS, conforme defendido durante a campanha eleitoral, teve continuidade como expressão da política pública municipal de saúde - embora sofrendo crescente oposição à medida que se acumulavam registros de falhas no atendimento à população e aumentavam as denúncias de casos de corrupção envolvendo dirigentes e funcionários das organizações sociais ("cooperativas"), da SMS-SP e de empresas fornecedoras da Prefeitura.

Em 2000, após sua completa derrocada como política pública de saúde, mercê de denúncias de desvios de verbas e corrupção em todos os níveis, o PAS havia se transformado em símbolo de incompetência, descrédito e corrupção.

Em abril de 2000, diante das notícias de desaparelhamento de aparelhos e equipamentos, a presidência do Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de São Paulo propôs a "instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito para apurar as irregularidades" e reconheceu que, para a implantação do SUS no período pós-PAS seria "necessário efetuar uma operação de guerra, usando armas democráticas e montar vigília nas unidades do PAS para não correr o risco de nada mais encontrar nelas a partir de 1ª de janeiro de 2001" (Sintsepe, 2001).

Em editorial intitulado "Rumo ao Caos", dia 6/12/2000, no crepúsculo da Administração 1997-2000, o jornal *Folha de São Paulo* assinalou que

(...) mesmo que não houvesse a menor suspeita sobre a lisura das cooperativas, elas no mínimo teriam todo o interesse em furtar-se aos atendimentos mais complexos, remetendo o paciente a hospitais da administração direta, notadamente do Estado. E não se pode afirmar que o comportamento das associações que controlam os módulos do PAS seja exemplar. As denúncias de superfaturamento são uma constante. Apesar de trabalhar com verbas da Prefeitura, as cooperativas não estão sujeitas a licitações ou outras formas públicas de controle de gastos. (FSP, 2000a)

O título do mencionado editorial não se baseou em possível denúncia de algum político da oposição. O texto esclarecia que o próprio secretário Municipal da Saúde havia definido, no dia anterior (5/12/2000), a situação do sistema de saúde do município como "caminhando para o caos" (FSP, 2000a).

No primeiro Fórum Social Mundial da Saúde reafirmou-se que

(...) a efetivação do Direito Humano à Saúde está fortemente vinculada ao modelo econômico e social vigente e à construção de sistemas e políticas públicas nacionais e globais que garantam os princípios de universalidade, integralidade e equidade, com participação social protagonista; para tanto temos de romper a dependência das políticas de saúde das orientações hegemônicas derivadas dos princípios de mercado. (FSMS, 2005)

Assim, as relações público-privado na Saúde Pública envolvem aspectos relacionados com o aprofundamento da democracia e o controle do Estado pela sociedade (e sobretudo de gestão, alocação e destino dos fundos públicos), que requerem a consideração, concomitante, de muitos outros aspectos da vida social para além daqueles decorrentes das dificuldades da administração direta de órgãos estatais em gerir atividades sociais. Não basta, portanto, simplesmente "transplantar" para esse setor modelos e soluções desenvolvidas em outras áreas.

Tendo em vista, portanto, as disputas políticas e ideológicas travadas também nesta área, só a história poderá esclarecer que rumos tomarão as práticas de Saúde Pública nas próximas décadas, no Brasil e em outros países.

Comentando os desafios da Saúde Pública no século XXI, especialistas têm ressaltado a necessidade do engajamento político nas práticas de Saúde Pública (Beaglehole, 2004). Segundo eles, a negligência da dimensão política da Saúde Pública tem sido provocada pelo predomínio do pensamento biomédico e da ideologia conservadora e neoliberal, incluindo o efeito das reformas do setor saúde sob sua égide. Além disso, insuficiente atenção dos programas de formação e das linhas de investigação sobre os determinantes de políticas e programas de saúde efetivas, corroborado pelo poder dos interesses comerciais e pela falta de confiança e coragem de muitos profissionais, também têm contribuído para esse quadro.

Desse modo, para superar os constrangimentos atuais e enfrentar os problemas mencionados, será necessária a formação de sólidas lideranças no âmbito dos serviços e da universidade, com estreita articulação nas organizações de base da sociedade e no uso adequado (responsável e ético, portanto) dos instrumentos de mídia, que devem atender primeiro o interesse público e não apenas os de seus proprietários ou acionistas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se pode observar neste capítulo, não se pode falar em prática de Saúde Pública, mas em práticas nesse setor, dada a enorme diversidade que caracteriza esse campo. Nessas considerações finais cabe assinalar que permanece sem solução o dilema da ênfase na prevenção ou na cura e que, ao que tudo indica, a humanidade conviverá ainda por muito tempo, talvez eternamente, com a polarização tão bem representada na mitologia grega por Hígeia e Panaceia, as duas filhas de Asclépio, o deus grego da medicina, mais conhecidas em todo o mundo. Como se sabe, por um lado Hígeia se identificava com a manutenção da saúde e, por outro, Panaceia simbolizava a cura das enfermidades. Opunham-se, aparentemente, ao olhar mais desatento. Essa "oposição" atravessou os séculos e permanece desafiando os que rejeitam essa oposição entre prevenção e cura e, reivindicando a integralidade, apontam para a complementaridade dos mitos gregos.

Com efeito, Antunes (1991) considera que a proeminência de Panaceia, assim como sua oposição, "intensa e artificial" a Hígeia, são apenas signos de uma modernidade pautada pelo afã em capitalizar política e economicamente os inves-

timentos no setor saúde. O autor assinala que o impacto da cura seria sempre maior do que o da prevenção, uma vez que um doente que sara reconhece os serviços que lhe foram prestados, paga por isso e sabe demonstrar sua gratidão. Na maioria das vezes, acontece o contrário com as pessoas sadias, a quem se subtrai o risco de contrair alguma enfermidade. Antunes menciona também que, na Roma Antiga, essa competição entre Hígeia e Panaceia parecia se resolver em sentido inverso, pois desde cedo os latinos difundiram o culto à deusa Salus, conservadora da saúde, que se identificava com a Hígeia dos gregos e personificava a prosperidade e o bem-estar do povo.

Talvez por isso Marco Túlio Cícero (106-43 a.C.), orador, escritor e político romano, tenha legado à humanidade a frase que, após mais de 2 mil anos, se mantém tão atual quanto desafiadora: *Salus publica suprema lex* ("A saúde do povo é a lei maior").

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agudelo SF. El genoma humano y su impacto en la salud pública [monografía na internet]. Revista Cubana de Salud Pública 2003; 29(4). Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000400010&lng=pt&nrm=iso&lng=es>
2. Almeida Filho N, Jucá V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Booser. Rev Ciência & Saúde Coletiva 2002;7(4):879-89.
3. Antunes JLE Hospital: instituição e história social. São Paulo: Letras & Letras, 1991.
4. Awofeso N. What's new about the 'New Public Health'? American Journal of Public Health 2004;94(5):705-9.
5. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams O, McKee M. Public health in the new era: improving health through collective action. Lancet 2004;363:2084-6.
6. Berlinguer G. A doença. São Paulo: Cebses/Hucitec, 1988.
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal/Centro Gráfico, 1988.
8. Brasil. Congresso Nacional. Lei federal n. 8.080, de 19/12/1990. Diário Oficial da União 20 set. 1990a, p.18055.
9. Brasil. Congresso Nacional. Lei federal n. 8.142, de 28/12/1990. Diário Oficial da União 31 dez. 1990b, p.25694.
10. Bresser-Pereira LC. Hospitais e reforma. *Folha de S.Paulo*. 28 de março de 2005; sec. B2.
11. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cadernos de Saúde Pública 1998;14(4):863-70.
12. Cecílio LCO. Modelos técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública 1997;13(3):469-78.
13. Chaves MM. Odontologia social. 2.ed. Rio de Janeiro: Labor, 1977.
14. CNS. Conferência Nacional de Saúde. 1ª Brasília, 2003 [Relatório final]. Brasília: MS/CNS, 2004. (Série D - Reuniões e Conferências).
15. Cohn A, Elias PEM, Jacobi P. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. Saúde em Debate 1993;33:90-3.

16. Dever GEA. Epidemiology in health services management. Rockville: Aspen System Corporation, 1984.
17. Eduardo MBP. Vigilância Sanitária. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. [Série Saúde & Cidadania].
18. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
19. FSMS. Fórum Social Mundial da Saúde, 1ª Posição Final. Porto Alegre, 2005.
20. FSP. Folha de S.Paulo. Rumo ao caos [editorial]. Folha de S.Paulo 6 dez. 2000a: A2.
21. FSP. Folha de S.Paulo. 'Exilados do PAS' querem recompensas. Folha de S. Paulo 10 dez. 2000b: C6 [caderno Cotidiano].
22. Hanlon J. Principles of public health administration. 2.ed. Saint Louis: Mosby, 1955.
23. Leser W, Barbosa V, Baruzzi RG, Ribeiro MBD, Franco LJ. Elementos de epidemiologia geral. São Paulo: Atheneu, 1985.
24. McKown T, Lowe CR. An introduction to social medicine. Oxford: Blackwell Scientific, 1968.
25. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. São Paulo: Hucitec-Abasco, 1994.
26. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
27. Narvai PC. Planos de saúde. Planos? Saúde? Jornal da Aboprev 1998;9(2):5-6.
28. Nêder C. O SUS e o PAS na capital de São Paulo. Ação Coletiva 1998;1(3):11.
29. OMS. Organização Mundial da Saúde. Documentos básicos. 10.ed. Genebra: OMS, 1960.
30. Riani F. Economia do setor público: uma abordagem introdutória. São Paulo: Atlas, 1986.
31. Rosen G. Uma história da saúde pública. São Paulo: Unesp/Hucitec/Abasco, 1994.
32. Sá ENC, Simioni AMC, Ramos CRS et al. Exodo forçado de servidores da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo em decorrência da implantação do PAS - Plano de Atendimento à Saúde. São Paulo: USP/FSP, 1997 [Série Monográfica n.6].
33. Schar M. Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública. Porto Alegre: L&PM, 1987.
34. Silva-Junior JB, Gomes FBC, Cezário AC, Moura L. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ, Almeida-Filho N. (org.). Epidemiologia & Saúde. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.289-312.
35. Sindsep. Polêmica em debate sobre o PAS. Jornal do Sindsep jan. 2001. p.6.
36. Terris M. Tendências actuales en la salud pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS, 1992. p.185-204. [Publicación Científica n.540].