

## DA VACINA À ASPIRINA: CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS AÇÕES COLETIVAS EM SAÚDE PÚBLICA\*

*Luiz Jacintho da Silva\*\**

**Resumo:** O presente trabalho discute sobre os conceitos de ação coletiva e individual em saúde pública e suas implicações para a re-estruturação das instituições de saúde pública. A diferença conceptual entre ação coletiva e individual não deve ser entendida como sinônimo da pseudo-diferença entre ação preventiva e curativa, esta discussão é entendida como pertencente ao passado. A incorporação do complexo médico-hospitalar herdado pelas secretarias de saúde é analisada e vista como fundamental para a adequada implantação das medidas de saúde pública que se fazem necessárias. Não há como separar as ações coletivas das individuais, ambas são parte integrante de cada programa de ação em saúde pública. A evolução da morbi-mortalidade verificada no Brasil nos últimos anos exige uma adequação das ações de saúde pública, com um maior ênfase nas ações individuais em saúde e nas ações coletivas fora do âmbito dos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** ação coletiva, ação individual, Política de Saúde Pública

---

\* Uma versão deste artigo foi apresentada para discussão na Oficina de Trabalho sobre a Organização da Área de Saúde Coletiva na Secretaria de Estado de São Paulo, em setembro de 1995.

\*\* Professor Adjunto, Disc. Doenças Transmissíveis, Depto de Clínica Médica, Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Superintendente (1994-1997), do Hospital das Clínicas da Unicamp.

## INTRODUÇÃO

As chamadas ações coletivas em saúde pública são uma designação genérica para as medidas tomadas visando não a instância particular de um dado indivíduo mas um grupo de pessoas. Cabe aqui, sem nenhuma profissão de fé filosófica, a conceituação de DURKHEIM (1972) sobre o social: o coletivo em saúde pública é mais do que a mera somatória de indivíduos. Pressupõem-se nele características próprias, inerentes ao conjunto, mas inexistentes nos indivíduos. Vale aqui a gasta analogia das árvores e da floresta.

Busca-se, através das ações coletivas, um efeito geral, global e impessoal, no mais das vezes preventivo, que procura impedir a ocorrência de um ou mais agravos e não a reversão de suas conseqüências. Isto não impede que determinadas ações entendidas como coletivas tenham efeitos particulares, benéficos ou não, sobre indivíduos.

Exemplo clássico é do uso de vacinas. Estas exercem seu efeito induzindo imunidade, total ou parcial, a uma determinada doença nos indivíduos nas quais são aplicadas. Para o controle e mesmo a erradicação de uma dada doença não é imprescindível a vacinação da totalidade dos indivíduos; a vacinação de parte deles, proporção esta variável conforme as características de cada doença, já é suficiente para atingir o fim proposto, graças ao impacto sobre a circulação do agente infeccioso naquela dada população. A vacinação como ação coletiva se consegue, no entanto, através da vacinação de cada um, individualmente. A vacinação pode ser realizada sem o fim almejado do controle ou da erradicação, apenas a proteção individual, como no caso da raiva ou da febre tifóide. Muitas vezes o resultado coletivo da vacinação como ação individual pode ter efeitos negativos, como no caso da rubéola (BASCH, 1994).

Já as ações de saúde pública de intervenção sobre o ambiente são ações

coletivas, em que o fim e o meio se fazem sobre algo que não os indivíduos: controle do rebanho leiteiro ou a drenagem de pântanos, canalização de córregos, eliminação de roedores ou vetores artrópodes.

Assim é a natureza das ações coletivas em saúde pública no campo das doenças transmissíveis, objeto inicial da saúde pública. A história desta é rica em ações coletivas. CHADWICK iniciou o movimento sanitário inglês impondo normas para as edificações destinadas à moradia(ROSEN, 1994).

A saúde pública brasileira se estruturou em torno das ações coletivas(STEPAN, 1976), suas histórias de sucesso dizem respeito a estas: o controle da transmissão da doença de Chagas, inicialmente no Estado de São Paulo(ROCHA e SILVA et al, 1979), agora no restante do país(GADELHA, 1993); a eliminação do vetor da febre amarela urbana, infelizmente de volta; a iodetação do sal de cozinha; o controle da malária e sua eliminação de vasta extensão do país, para citar apenas alguns(RIBEIRO, 1993).

No caso particular do Estado de São Paulo, o surgimento da Secretaria Estadual da Saúde, enquanto instituição, se fez em torno das ações coletivas(BLOUNT, 1972; MERHY,1985; TELAROLLI Jr., 1993). Tão importantes estas, que se identificaram e confundiram com a saúde pública. Durante décadas, saúde pública foi sinônimo de ação coletiva. As ações sobre o indivíduo eram estratégia de ação coletiva ou mera ação marginal.

Nasce daí a famigerada dicotomia entre o individual e o coletivo. De qualquer maneira, as ações coletivas sempre predominaram. As ações individuais, quando exercidas, tinham quase sempre a finalidade de beneficiar a comunidade, não necessariamente aqueles sobre os quais se exercia a ação. Muitas vezes estes eram até prejudicados: a hospitalização compulsória dos doentes de lepra, o isolamento

compulsório de pacientes com diferentes doenças contagiosas, a internação prolongada dos doentes mentais. Todas estas medidas visavam o bem comum, não o dos pacientes.

As ações coletivas em saúde pública sempre foram, portanto, medidas de caráter geral, sistemático, que tinham como fim último o bem comum. Este o propósito da saúde pública.

### **AÇÕES INDIVIDUAIS: A ASSISTÊNCIA MÉDICA**

A história da assistência médica no Brasil, que não é a intenção relembrar ou mesmo resumir, acabou, de uma maneira que todos conhecem e vivenciaram, colocando nas mãos do Estado, mais recentemente sob a responsabilidade das instituições de saúde pública, que herdaram como que compulsória e forçosamente todo o edifício, já condenado, da assistência médico-hospitalar da previdência social (SPINOLA, 1993).

A partir de meados da década de 1980, a prestação de serviços médicos, seja diretamente, seja através da transferência da responsabilidade pela contratação de terceiros, passou para as secretarias estaduais de saúde, muitas das quais rapidamente iniciaram um processo de descentralização, delegando estas ações para os municípios. A resultante todos conhecem: os antigos distritos sanitários e departamentos regionais se transformaram em algo mais parecido com delegacias fiscais: um aparato tecnoburocrata encarregado de uma contabilidade confusa e muitas vezes, senão corrupta, facilmente corruptível (MELLO, 1977). Este complexo médico-hospitalar representa uma sangria de difícil controle nos recursos destinados à saúde. Basta lembrar que o número de internações hospitalares no país pagas pelo sistema cresceu menos de 2 vezes no período 1984 - 1992, enquanto o seu custo aumentou mais de 3 vezes, segundo Informe Epidemiológico do SUS, de 1992 (SÉRIE, 1992).

Ao mesmo tempo, ocorre no país o mesmo que vinha e vem ocorrendo mundo afora: o excessivo crescimento da demanda e dos custos da assistência médico-hospitalar, gerando uma crise agravada pelo crônico desvio de recursos e incapacidade do sistema em fazer frente ao crescimento da complexidade destes serviços(VARELLA & PASTORE, 1996). Cabe controlá-los. Esta passou a ser a atividade primeira de uma estrutura criada e mantida por décadas com o objetivo de organizar e executar medidas de caráter coletivo(BADOU, 1995; MONTEIRO et al, 1995).

O resultado não poderia ser outro. Uma crise existencial de proporções gigantescas, um verdadeiro dilema shakespeariano: ação coletiva ou individual, saúde pública ou assistência médico-hospitalar? Não se trata de uma simples opção: há de se dar tratamento adequado às duas questões: a assistência médico-hospitalar enfrenta uma crise financeira, que gera um déficit de quantidade e de qualidade, com raízes e conseqüências longe de singelas. Não pretendo afirmar que se trata apenas de uma crise financeira - esta seria uma visão por demais superficial - mas esta é a mais premente. As ações coletivas se encontram estagnadas e sem rumo, mesmo se receberem uma injeção de recursos, não se trata simplesmente de recomeçar aonde foram interrompidas - é evidente que necessitam de uma transformação.

Como reagiu a instituição? Talvez condicionados por uma militância econômica governamental que busca corrigir os rumos da economia através da redução do consumo, os arquitetos do sistema de saúde também buscam corrigir os desvios deste através da contenção do consumo. Com a mesma miopia que MARX criticava nos economistas clássicos, incapazes, segundo ele, de perceber a dialética do processo econômico, caracterizada por contradições existentes na sociedade em estruturar a produção e o consumo, inseparáveis estes, inexistindo um sem o outro(MARX, 1977). A incapacidade de entender a essência, valorizando apenas a aparência, parece ter contagiado muitos dos nossos "economista-sanitaristas", que buscam reduzir os gastos com a assistência

médico-hospitalar através de medidas de controle do consumo. Ora, já se demonstrou que estas medidas são de fôlego curto, gerando apenas economias aparentes e injustiças sociais permanentes.

Entra aqui a discussão sobre as ações coletivas em saúde pública e os rumos da instituição encarregada desta. O problema foi colocado. A curto prazo não há solução milagrosa, buscar uma é puro desvario, o único caminho é eleger um rumo e reformar a instituição de modo a atingir os objetivos.

### **ALTERNATIVAS ESTRATÉGICAS**

O que fazer? Esta situação de crise, para utilizar uma expressão gasta, não é prerrogativa única da saúde pública. Toda e qualquer instituição, seja ela uma prestadora de serviços públicos, uma empresa transnacional ou a monarquia britânica, deve evoluir e se adaptar aos tempos para sobreviver. Este processo de adaptação ao meio externo - o mercado consumidor ou contexto político de uma dada sociedade - pode ser conduzido pela própria instituição, como uma medida de sobrevivência, ou pode ser imposto pelo próprio meio ao qual a instituição tem dificuldades de se adaptar. Assim foi com a monarquia francesa no século XVIII, assim foi com a IBM em anos recentes (DREYFUSS, 1989). Por bem ou por mal, ambas passaram por uma reengenharia, e é esta a alternativa que se apresenta. Para mim, a única.

O primeiro passo para a implantação de um processo de reengenharia - o termo tem sido muito criticado ultimamente e não deve ser visto como panacéia, mas expressa bem a idéia de uma transformação na alma de uma instituição - é a análise do meio externo e a percepção do papel da instituição neste meio. A partir daí trata-se de escolher uma estratégia de atuação para cumprir a missão da instituição e a estratégia de transformação interna para se adequar aos propósitos.

Qual o papel de uma instituição a quem cabe a responsabilidade sobre a saúde pública de uma dada comunidade? No caso particular desta discussão, o Estado de São Paulo. A constituição e suas leis complementares deixam claro este papel. Não cabe portanto discuti-lo, ele já foi dado pela sociedade, mas é óbvio que não vem sendo adequadamente cumprido. Trata-se aqui de definir estratégias, tanto para cumprir o seu papel como também de conduzir uma transformação interna para poder executar a estratégia definida.

Vejam os primeiros casos. Para simplificar o raciocínio, vou me permitir uma certa simplificação. A simplificação consiste em definir o papel da instituição em reduzir a mortalidade e a morbidade. De quem? Da coletividade ou dos indivíduos que a compõem? Não se trata de uma discussão meramente semântica, há uma diferença de estratégias, diferença esta que é exatamente o cerne da discussão: as ações coletivas.

Permitam que eu faça aqui uma pequena digressão, fundamental para o raciocínio. A estratégia de intervenção dirigida a indivíduos de maior risco para o desenvolvimento deste ou daquele agravo vem sendo amplamente utilizada, cada vez mais. O conceito de risco, nascido da epidemiologia das doenças não transmissíveis, mostrou-se um instrumento extremamente útil no processo de racionalização das intervenções (ORTIZ, 1988). Tanto é que dificilmente encontramos um programa de saúde pública que não seja estruturado sobre o conceito de risco, desde a desnutrição até a Aids, passando pela doença coronariana e pelo baixo peso ao nascer.

Qual o problema com a utilização do conceito de risco em saúde pública? Nenhum, muito pelo contrário. A questão é conceitual: a estratégia de intervenção em grupos de risco não é uma estratégia de ações coletivas. Ela não se faz sobre o coletivo, mas sim sobre os indivíduos. O coletivo aqui não é o coletivo dos sociólogos, é o coletivo constituído pelo conjunto de indivíduos com determinadas características ou atributos,

seja o tabagismo, seja a obesidade. As intervenções são individualizadas. Trata-se de uma evolução não da saúde pública, mas da clínica, entendida aqui como uma forma particular da prática médica, no conceito de FOUCAULT (FOUCAULT, 1977; PÉQUIGNOT & COCHEON, 1989) talvez o maior avanço sofrido pela clínica em toda a sua história. Uma forma altamente individualizada, subjetiva e elitista de prática médica, graças à contribuição da epidemiologia, se tornou objetiva e passível de ser aplicada uniformemente a um grande número de indivíduos.

A estratégia de intervenção em grupos de risco deve ser entendida como uma forma de racionalizar a assistência médico-hospitalar, porque permite intervir antes que os problemas se tornem mais complexos e portanto de solução mais custosa, seja em termos de sofrimento humano, seja em termos financeiros. Esta estratégia deve ser a cartilha de todo o complexo assistencial de um serviço de saúde, seja ele público ou privado. As seguradoras norte-americanas, assim como as *health maintenance organizations* - forma mais sofisticada das nossas medicinas de grupo - e mesmo clínicos isolados, adotam esta forma de exercício da clínica.

O tratamento da hipertensão é exemplo clássico desta abordagem, assim como algumas ações tradicionalmente entendidas como coletivas, vacinação por exemplo, se prestam à abordagem individual de risco, como a vacinação contra a influenza e o pneumococo de determinados grupos, como pneumopatas, cardiopatas e cirróticos ou simplesmente idosos (GUIDE, 1990). Incluem-se aqui algumas medidas já consagradas em saúde pública, como a citologia oncológica de colo de útero. A base destas medidas é o conceito de risco, a intervenção se faz, no entanto, sobre indivíduos, e não sobre populações (ROSE, 1985). Elas não são gerais, são dirigidas. Podemos considerá-las ações coletivas? Talvez sim, mas ao fazê-lo corremos o risco de confundir estratégias.

Estas são estratégias de intervenção sobre indivíduos, intervenções que se fazem

através do complexo médico-hospitalar, seja no centro de saúde, seja no ambulatório, seja através do médico, seja através do agente de saúde. Para preservar a pureza dos conceitos, poderíamos considerá-las como exemplos de prática clínica normatizada, expandida, massificada ou em larga escala, mas sempre clínica, ação individualizada, que ampliada se transforma em medida de saúde pública.

## **AS AÇÕES COLETIVAS**

As ações que poderíamos denominar como coletivas propriamente ditas são aquelas exercidas sobre populações e não sobre indivíduos. Se fazem desconsiderando o risco individual, o risco é da população. Exemplo claro é a imposição do uso de cinto de segurança em veículos automotores. As ações coletivas não se fazem, na imensa maioria das vezes, através da rede assistencial, se fazem, independentemente das características individuais: a vacinação p.ex., ainda que se faça através da rede assistencial, não discrimina quem a recebe, independe do risco. As ações coletivas buscam, ao contrário da intervenção sobre os grupos de riscos, anular as causas e não reduzir os efeitos, como no primeiro caso.

Não se trata aqui de perpetuar a falsa dicotomia entre o preventivo e o curativo. Ambas as estratégias são preventivas, ambas se caracterizam como de saúde pública. Não há contradição entre elas, se completam. Nenhuma delas pode se arrogar o direito de exclusividade sobre a saúde. Há opção por estratégias, opção determinada pelas características epidemiológicas do agravo, do conhecimento acerca da sua patogenia, incluindo-se aqui as causas, e da disponibilidade de técnicas.

Qual o valor prático de toda esta digressão, qual o seu reflexo sobre a reengenharia da instituição? Em primeiro lugar, coloca claramente o papel do complexo médico-hospitalar herdado pela Secretaria da Saúde. Como se comportar? Este complexo

é fundamental para a prática de uma série de estratégias de prevenção, ainda que no presente momento, muito caro e de difícil gerenciamento.

À medida que a aspirina se torna tão importante quanto a vacina no arsenal da prevenção, por ser medida eficaz para reduzir o risco de ocorrência de acidente vascular E as ações coletivas? Não podemos mais nos restringirmos ao combate às endemias: controle do dengue, leishmaniose, malária e raiva, para citar algumas. Principalmente porque o controle destas doenças não se faz exclusivamente através de medidas coletivas. O controle da leishmaniose depende fundamentalmente da rede assistencial, assim como o da esquistossomose. Ainda que conceitualmente distinguíveis, as ações coletivas e as que são exercidas sobre indivíduos não se implementam de maneira estanque. Não há dicotomia, há um contínuo de ações ou medidas, que são coletivas e individuais em proporções variáveis. As ações coletivas propriamente ditas são em grande parte implementadas por outras instituições, como no caso do uso obrigatório do cinto de segurança, do capacete por motociclistas, a fluoração da água, a construção da rede de esgotos e a suplementação de determinados alimentos, como o sal iodado e o leite vitaminado. Estas são medidas efetivamente coletivas. Esta argumentação procura chegar ao conceito que, ainda que fundamentalmente distintas, os dois grupos de intervenção em saúde pública não necessitam de estruturas distintas, isoladas, estanques.

## **UMA PROPOSTA DE MUDANÇA**

É muito difícil separar uma discussão desta da imediata visualização de um organograma da instituição, com coordenadorias, superintendências ou diretorias; agrupamento de institutos e programas. Não se trata disto. Um processo de reengenharia que seja real e não meramente um artifício tecnocrático implica basicamente numa mudança de cultura, do modo de pensar e agir. Esta mudança é primeira, as demais se fazem para implementar esta. Que mudança de cultura torna-se necessária? A mudança

de entender os objetivos, a mudança de entender seu papel num contexto em constante transformação.

Dois recentes agravos à saúde que se incluíram no rol de responsabilidades da saúde pública de São Paulo, a dengue e a Aids, causaram um impacto do qual a instituição ainda não se refez completamente. A dengue destruiu o sistema de controle de endemias e a Aids afetou todo o sistema de atendimento médico-hospitalar em doenças transmissíveis, assim como abalou a fé na educação em saúde e nas medidas coletivas, aliás, tanto a dengue como a Aids mostraram que o imperador estava nu no tocante às ações de caráter coletivo. Motivos de orgulho da instituição: o controle de vetores e a assistência às doenças infecto-contagiosas, missão primeira da instituição e palco de várias histórias de sucesso, foi exatamente aí que se mostrou a inadequação ao contexto atual.

É claro que o modelo do início do século, mesmo o da década de 1950, está ultrapassado. A saúde pública mudou, carece adaptá-la às novas necessidades. A incorporação das ações individuais e o papel crescente destas é inegável. Comportar-se diante da problemática da assistência médico-hospitalar da mesma maneira que a previdência social vinha fazendo até a década anterior é imperdoável.

A responsabilidade com a assistência médico-hospitalar não deve ser vista como um fardo e um obstáculo à prática da boa saúde pública. Pelo contrário, é instrumento imprescindível para a implementação de uma série de ações preventivas, assim como um importante apoio para a implementação de ações de caráter coletivo. Estas para o seu implementação não devem ser agrupadas em algo separado pelo denominador comum do coletivo. Nesta época de descentralização, da informação, da decisão e da ação, tentativas de colocar todos sob um mesmo teto baseado numa característica que é mais conceitual do que prática seria construir um templo à burocracia inoperante.

As estruturas devem ser flexíveis e passíveis de adaptação rápida às imposições do meio. Grandes instituições são lentas como os dinossauros. Exércitos, a igreja católica, corporações multinacionais, todos, em maior ou menor grau, descentralizaram e flexibilizaram para sobreviver(DREYFUSS, 1989; SMITH, 1994), até mesmo a União Soviética. Já no século passado DARWIN, 1970 mostrou que a diversidade das espécies é a resposta da natureza às imposições do meio. Foram necessários cerca de 150 anos para as instituições se convencerem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão colocada foi sobre as ações coletivas. Estas foram definidas. Quanto à sua implementação, creio ter respondido: a responsabilidade pelas ações coletivas não deve ser agrupada numa organização pelo simples fato de serem de caráter coletivo. A mudança que se impõe é a mudança de cultura, resumida no título - entender que as ações preventivas não são necessariamente distintas da prática clínica, a prevenção evoluiu e incorporou a aspirina à vacina, o individual ao coletivo.

Estas ações sobre grupos de risco são fundamentais, mas não podem ser confundidas com a saúde pública, esta implica em mais. As ações coletivas tem natureza diferente, assim como base de implementação também diferente, porém não mutuamente excludente. Mudar a forma de pensar, para mudar a forma de agir, aí mudar a maneira de se organizar, sempre entendendo que a mudança deve ser uma constante, contínua.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BADOU, G. Le prix de la santé. In: *Science et vie*. Édition Spéciale, Bilan, Vous et Votre Santé, 1995. p.156-170
- BARRETO, M L & CARMO, E. H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: Monteiro, C. .A org. *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo, HUCITEC/ NUPENS/USP, 1995

p. 7-30

- BASCH, P. F. *Vaccines & world health: science, policy and practice*. New York, Oxford University Press, 1994. p.197
- BLOUNT, J. A. A administração da saúde pública no Estado de São Paulo: o serviço sanitário, 1892-1918. *Rev. Adm. Empr.*, 12 (4): 40-48, 1972.
- DARWIN, C. *The origin of species*. Harmondsworth, Penguin Books Ltd., 1970.
- DREYFUSS, J. Reinventing IBM. *Fortune*, 120(4):30-39, 1989
- DURKHEIM, E. *As regras do método sociológico*. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1972.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1977.
- GADELHA, M.C. O plano de erradicação do *Triatoma infestans* no Brasil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, 26 (Suppl 3): 27-32, 1993.
- GUIDE for Adult Immunization. 2nd. ed. Philadelphia, American College of Physicians, 1990.
- MARX, K. O método da economia política. São Paulo, Martins Fontes, 1977. p.218-29: *Contribuição à crítica da economia política*.
- MELLO, C. G. A irracionalidade da privatização da medicina previdenciária. In: *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1977. p.197-212
- MERHY, E. E. *O capitalismo e a saúde pública - a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo*. Campinas, Papirus, 1985.
- MONTEIRO, C A; IUNES, R. F.; TORRES, A. M. A evolução do país e de suas doenças: síntese, hipóteses e implicações. In: Monteiro, C. A. (org.) *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo, HUCITEC - NUPENS/USP, 1995. p. 349-56.
- ORTIZ, E. R. Enfoque de risco e planejamento de ações de saúde. In: ROUQUARYOL, M. Z. - *Epidemiologia e saúde*. 3ª ed. Rio de Janeiro, MEDSI, 1988. cap. 17.
- PÉQUIGNOT, H & COCHEON, J.J. La naissance de le méthode anatomo-clinique. *Science et Vie*, (166), 112-7, 1989.
- RIBEIRO, M.A.R. *História sem fim. inventário da saúde pública*. São Paulo, Ed. da UNESP, 1993.
- ROCHA e SILVA, E.O. da; GUARITA, O.F.; ISHIHATA, G.K. Doença de Chagas: atividades de controle dos transmissores no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Malariol. Doenç. Trop.*, 31:99-109, 1979.

- ROSE, G. Sick individuals and sick populations. *Int. J. Epid.*, 14:32-8, 1985.
- ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo, Ed.UNESP/HUCITEC/ ABRASCO, 1994.
- SÉRIE histórica de custos de internações hospitalares (em US\$) na rede pública e conveniada, segundo grandes grupos de causas, por unidade federada. Brasil 1990-1992. *Inf. Epidemiol. SUS*, 1(7):75-135, 1992.
- SMITH, L. New ideas from the army (really). *Fortune*, 130:135-9, 1994.
- SPINOLA, A. Tendencias de la práctica. In: Organización Panamericana de la Salud - *Sobre la teoría y práctica de la salud pública: un debate, múltiples perspectivas*. Washington, 1993. p95-133
- STEPAN, N. *Gênese e evolução da ciência brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. Rio de Janeiro, Artenova, 1976.
- TELAROLLI Jr, R. *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. Campinas, 1993. [Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP].
- VARELLA, F. & PASTORE, K. A medicina da ilusão. *Veja*, 29(19):52-60, 1996.

---

**SUMMARY:** This article is a discussion of the conceptual differences between individual and collective actions in public health. This difference must not be understood as identical to the artificial difference between preventive and curative measures. It is understood as belonging to the past. The incorporation of the medical and hospital complex by the state and municipal health departments is analyzed and deemed as fundamental for the implementation of the necessary public health measures. It is impossible to separate collective and individual measures for they are both seen as an integral part of each and every public health program. The evolution of morbidity and mortality witnessed in Brazil in the last decades demands an adaptation of public health measures, with more emphasis on individual health measures and on collective measures outside the usual limits of public health.

**Key words:** collective actions. Individual actions. Public Health Policies.