

# Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro

## Public Health, Local Health Units, and the Brazilian Health System

Emerson E. Merhy<sup>1</sup>  
Marcos S. Queiroz<sup>2</sup>

MERHY, E. E. & QUEIROZ, M. S. **Public Health, Local Health Units, and the Brazilian Health System.** *Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (2): 177-184, Apr/Jun, 1993.*

*This article focuses on the development of public health in Brazil, with the aim of analyzing the present process of decentralization of health care. The authors argue that the neoliberal or conservative position is unable to offer a reasonable solution to problems in the health care system. On the other hand, the reformist position concentrates its attention on the health system and its administration, taking as its model a positivistic approach to natural and administrative sciences. The authors further argue that only a radical change in the prevailing medical paradigm and a predominance of social over biological aspects would meet the health needs of the population.*

**Key words:** Public Health; Health Systems

### INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo principal focalizar o desenvolvimento da saúde pública e do sistema de saúde no Brasil, buscando contribuir para a compreensão dos principais problemas que marcam o momento atual. Será argumentado que o processo de municipalização dos serviços de saúde, em grande medida estimulado por princípios contidos no paradigma (o termo “paradigma” é empregado de acordo com o conceito de Kuhn (1975), ou seja, como um mapa que governa a percepção do cientista no sentido de conformar a ele os fatos e as descobertas) social da medicina, encontra-se, presentemente, num estágio crucial do seu desenvolvimento. Observa-se, neste sentido, que, sob uma nova fachada de racionalidade administrativa, o paradigma mecanicista se impõe sobre o paradigma social da medicina. Este artigo defende o ponto de que é necessário ir além de uma

mera reforma administrativa e, no interior de uma concepção social de medicina, encontrar tecnologias (o termo “tecnologia” é empregado no sentido usado por Gonçalves (1986), ou seja, como um instrumental contido principalmente na formação do especialista, e não somente como um aparelho externo a ele) que, ao organizar o sistema de saúde, a tornem prática.

Embora os fatos históricos apresentados na primeira parte deste artigo sejam de conhecimento comum e já tenham sido divulgados (Merhy, 1991), sua apresentação justifica-se por fornecer uma visão resumida do processo e permitir focalizar o momento atual a partir de uma dimensão histórica.

### O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE PÚBLICA

A história da Saúde Pública brasileira inicia-se no começo do século com Emílio Ribas, em São Paulo, e Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro. No interior da escola pasteuriana, estes cientistas tinham como meta superar a teoria miasmática a partir da introdução da teoria bacteriológica

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Caixa Postal 6166, Campinas, SP, 13081-970, Brasil.

<sup>2</sup> Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (Nepp) da Universidade Estadual de Campinas (Reitoria). Caixa Postal 6166, Campinas, SP, 13081-970, Brasil.

gica, considerada mais adequada para organizar a intervenção no campo da saúde. Nesta perspectiva, tanto a saúde como a doença passaram a ser vistas como um processo coletivo, resultado da agressão externa que o corpo biológico (fisiologicamente harmônico) sofria de um meio social/natural insalubre. A descoberta e o isolamento dos indivíduos doentes contagiantes, o saneamento do meio, a destruição dos vetores biológicos e a proteção dos sadios consistiam nos principais objetivos desta perspectiva. Para instrumentalizar as ações de saúde, adotava-se a bacteriologia e a engenharia sanitária. Secundariamente, utilizava-se a medicina, entendida como muito limitada e pouco eficaz.

O modelo assistencial público tinha na campanha e na polícia sanitária seus meios principais de efetivação. Para pôr em prática esta política, foram organizadas leis, códigos e decretos. Além disso, foram também organizados institutos de pesquisa, laboratórios e serviços sanitários como braços auxiliares. Os principais aspectos administrativos e programáticos situavam-se no âmbito estadual, com alguns resíduos no nível municipal. Via de regra, os pensadores da política de saúde eram funcionários públicos e, como tal, compartilhavam das perspectivas que os grupos oligárquicos adotavam para as questões sociais, tendo em vista servir ao processo agroexportador e legitimar o Estado.

A partir da teoria bacteriológica, novas idéias foram se organizando e desembocaram, na década de 10, na formação de um movimento em saúde pública que ficou conhecido como “médico-sanitário”. Esta perspectiva foi influenciada pela escola norte-americana de saúde pública, que tinha em Baltimore seu núcleo mais ativo, através da associação entre a Fundação Rockefeller e a John Hopkins University.

Nesta época, já se buscava no Brasil uma ação social que saneasse a zona rural, a fim de constituir um povo saudável, racialmente forte, permitindo, ao mesmo tempo, a ocupação do interior do país, considerada vital para a integração nacional. A chamada Liga do Saneamento caracterizou-se, neste sentido, por criticar os excessivos urbanismo e regionalismo da política de saúde então vigente. Este movimento tinha em Belisário Pena e Artur Neiva os seus mais significativos representantes.

No decorrer da década de 20, a corrente médico-sanitária tornou-se hegemônica, organizando-se principalmente nos grandes centros urbanos, como Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte, Recife, entre outros. Dois núcleos foram especialmente ativos: o paulista, influenciado por Paula Souza e Borges Vieira (médicos sanitaristas formados pela John Hopkins University, com bolsas da Fundação Rockefeller), e o dos “jovens turcos”, sanitaristas vinculados ao Departamento Nacional de Saúde Pública, no Rio de Janeiro, que defendiam a especialidade na carreira médica na área de saúde pública e o trabalho integral nas instituições estatais. Estes núcleos chegaram a organizar cinco congressos durante a década de 20 (os Congressos Brasileiros de Higiene) e tiveram tal influência no desenvolvimento da política de saúde no Brasil que sua presença se fez marcante até a reforma administrativa da década de 60/70, no interior da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

A base deste modelo pressupunha o processo saúde-doença como um fenômeno coletivo, porém determinado, em última instância, pelo nível individual. O conceito de “consciência sanitária” permitia compreender como o meio insalubre atingia os indivíduos. Medicina e saúde pública eram entendidas como campos distintos; a primeira para curar através da clínica, patologia e terapêutica, e a segunda para prevenir doenças, prolongar e promover a saúde através da higiene e da educação sanitária. O setor privado, entendido sob o ângulo “caritativo”, deveria ser controlado pelo serviço público. Não havia qualquer conflito com a organização liberal, predominante no período. O modelo tecno-assistencial desta proposta centrou-se na construção de serviços regionais permanentes de saúde pública (os centros e postos de saúde) comandados por especialistas — os sanitaristas — em tempo integral.

Durante a fase de transição 30/37, a saúde pública praticamente reduziu-se à atuação campanhista pelo conjunto do país. Sob a influência da Liga de Saneamento, foram favorecidas as ações verticais permanentes. Este foi um período que viabilizou a construção dos serviços médicos previdenciários, abrindo um outro setor socialmente significativo no conjunto das ações de saúde.

Os “jovens turcos” foram marcando passagem pelas instituições na luta por uma reforma que levasse à criação de um ministério da saúde e de secretarias estaduais de saúde, experiência, aliás, já vivida pelo estado da Bahia em 1925. Assim ocorreu com a Reforma Federal de 1937, que permitiu a criação dos departamentos nacionais de combate a problemas específicos, como a malária, a febre amarela e a saúde das crianças. Quando, na década de 40, tiveram a oportunidade (diante dos problemas colocados pela situação da Segunda Guerra Mundial e as relações do governo brasileiro com o norte-americano) de organizar um serviço que permitisse a ocupação de regiões importantes para a produção de borracha e minérios, implementaram a Fundação Serviço de Saúde Pública (Sesp). O ideário original desta corrente foi mantido mesmo com a incorporação de novos recursos médicos, como, por exemplo, o antibiótico, que foi “retraduzido” sob a mesma ótica “tecnológica”. A esta experiência seguiu-se a criação, em 1953, do Ministério da Saúde e, em 1956, do Departamento de Endemias Rurais, que herdou um conjunto de projetos realizados nos departamentos verticalizados específicos, como o da malária, existente desde 1939.

No estado de São Paulo, a exemplo do que ocorria em outros estados, a Fundação Sesp tentou influenciar a constituição da Secretaria Estadual de Saúde, em 1948. Neste processo, os vários grupos articulados a esta proposta saíram frustrados, pois consideraram que seus objetivos foram desvirtuados pela presença de interesses políticos menores que se sobrepuseram aos técnicos. No entanto, com a reforma da organização dos serviços de saúde no estado, em 1968, consideraram atingidos seus objetivos.

No pós-guerra, sem alterar as estratégias básicas da corrente “médico-sanitária”, novos elementos foram sendo incorporados, como, por exemplo, o uso da medicina clínica pela saúde pública, que encontrava suporte teórico na concepção de Leavell & Clark (1967), que preconizavam a união do conjunto das ações de saúde num esforço comum de prevenção e cura. Com isso, o modelo passou a introduzir a clínica nos programas de saúde, dentro de uma perspectiva multicausal do processo saúde-doença. Esta concepção permitiu que as ações

de saúde se tornassem parte de uma atividade globalmente planejada.

Desde o final dos anos 40 já era evidente uma inversão dos gastos públicos, favorecendo a assistência médica em relação à saúde pública. Nos anos 60, a dicotomia assistência médica-saúde pública radicaliza-se no interior de um modelo institucional que mostrava ações pontuais e desordenadas, incapazes de conter a miséria e as péssimas condições de saúde da população brasileira.

Tomando como ponto de reflexão a falência das perspectivas “campanhistas” e “norte-americanas”, Mario Magalhães introduziu, numa perspectiva desenvolvimentista, a integração e o planejamento das ações de saúde. Como presidente da Sociedade Brasileira de Higiene, em 1962, e como secretário-geral da III Conferência Nacional de Saúde (cujo tema era a municipalização dos serviços de saúde), em 1963, ele capitaneou um esforço no sentido de reinterpretar a organização dos serviços de saúde no interior do conjunto dos problemas brasileiros.

A idéia mais intensamente propagada neste período é que a doença e a miséria só seriam controladas com o desenvolvimento econômico. No campo da saúde propriamente dito, propunha-se um padrão tecnológico mais racional, de menor custo, integrado em seus vários campos de atuação e sem a influência das leis de mercado. Esta perspectiva rompia com a dicotomia entre assistência médica e saúde pública, subordinando aquela à lógica desta. Previa-se, para isso, a implantação de serviços permanentes (contendo ações médicas e sanitárias), municipalizados e controlados pelo Estado segundo uma hierarquia de complexidade tecnológica. A ação federal deveria ocorrer no sentido de normatizar as ações, racionalizar as atividades e ajudar os municípios que ainda não tivessem condições de organizar seus próprios serviços.

Pela primeira vez discutiu-se, no país, um modelo tecno-assistencial baseado na integração das ações coletivas e individuais de saúde, cujo ponto de apoio seria constituído a partir de serviços básicos de saúde permanentes, elaborados de acordo com um planejamento governamental. Pela primeira vez, também, levantou-se a questão da organização dos serviços médicos privados.

A derrota destas propostas, em 1964, abriu um outro capítulo que vingou na estruturação de um modelo centrado na assistência médica comercializada, que passava pelo setor previdenciário, sendo a saúde pública reduzida a um braço auxiliar. Na realidade, promoveu-se uma completa separação entre o campo da assistência médica e o da saúde pública, com maciços investimentos no primeiro e o sucateamento do segundo. Neste novo contexto, foi implementado um projeto privatizante e medicalizante. Somente em algumas regiões renasceram experiências no campo da saúde pública que merecem alguma atenção, como o “campanhismo”, a nível federal, e as ações médico-sanitárias, em alguns estados, principalmente o de São Paulo, com o Secretário Walter Leser, em 1968 e 1974.

Este modelo pós-64, sobejamente analisado no que se refere às questões da assistência médica previdenciária, foi exposto a um conjunto severo de críticas que permitiram um repensar de todo o sistema. O movimento sanitário, constituindo um campo de saber, criando espaços para uma política alternativa e um trabalho de difusão ideológica, teve um importante papel neste sentido. A criação dos departamentos de medicina preventiva e do Centro de Estudos Brasileiros de Saúde foi o principal agente de difusão desta nova consciência. Pretendia-se uma reforma sanitária que, adequada aos limites financeiros impostos pela crise econômica, efetivamente pudesse oferecer melhores condições de saúde à maioria da população.

Em 1974, a reorganização da estrutura institucional do Ministério da Previdência e Assistência Social não se fez acompanhar de medidas que alterassem o modelo privado prestador de serviços e que tocassem no chamado complexo médico-industrial. Pelo contrário, a busca de extensão com baixo custo, através do projeto da Pronta Ação, ampliou a base financeira disponível para o setor privado. No entanto, a instituição do Sistema Nacional de Saúde, em 1975, abriu efetivamente um novo espaço de atuação a partir da assistência médica individual e de medidas de alcance coletivo voltadas às populações de baixa renda.

A partir de 1977, quando se estendeu o atendimento de urgência a qualquer indivíduo, previdenciário ou não, os chamados “estouros”

orçamentários no sistema previdenciário passaram a ocorrer com maior frequência, acentuando a urgência de se imprimir uma maior racionalidade ao sistema de saúde. Os planos de governo Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) e Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) vieram como tentativas de imprimir uma maior racionalidade ao sistema de saúde. Este último, em particular, propunha a descentralização do sistema de assistência médica através da criação de uma única “porta de entrada”, integrando, numa rede básica de serviços públicos de saúde, a capacidade instalada já existente no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), nos estados e nos municípios, entrando a rede privada apenas onde não existissem unidades estatais.

A municipalização dos serviços de saúde passou a ser entendida como o único meio que permitiria, ao mesmo tempo, maior racionalização administrativa, controle financeiro e participação democrática da comunidade no gerenciamento do sistema, em oposição à excessiva centralização do modelo anterior. Esperava-se, também, que este novo sistema estimulasse o desenvolvimento de uma medicina mais holística, gravitasse em torno dos verdadeiros problemas de saúde da comunidade e provesse uma melhor organização do sistema, tornando menos oneroso o serviço de saúde. Este processo permitiu experimentar modelos tecnológicos e assistenciais alternativos, baseados na medicina comunitária, que, embora marcados pelo baixo custo, mostraram algum sucesso no interior das instituições públicas (Somarriba, 1978).

O aprofundamento da crise econômico-financeira da Previdência Social acelerou a reforma no setor saúde, principalmente a partir das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982. As AIS efetivamente produziram um deslocamento relativo de recursos financeiros da Previdência para o setor público prestador de serviços de saúde e promoveram uma integração das ações setoriais. Este processo acentuou-se com a estruturação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (Suds) e com a formação do Sistema Único de Saúde (Sus). Com a implementação do primeiro, ocorreu um deslocamen-

to das responsabilidades de gestão dos serviços de saúde para o nível estadual, permitindo uma efetiva descentralização administrativa. Com a implementação do segundo, através da nova Constituição Federal, ocorreu a descentralização, a nível municipal, da gestão dos serviços públicos de saúde.

## AS POSIÇÕES POLÍTICO-IDEOLÓGICAS E A REDE BÁSICA

A partir dos anos 70, duas posições político-ideológicas organizaram-se em torno da disputa por um novo modelo de política social de saúde: a conservadora e a reformadora.

A posição conservadora pouco tinha a dizer sobre a organização assistencial ou tecnológica da rede básica, uma vez que defendia uma lógica de mercado para a organização dos serviços de saúde cujo eixo tecnológico principal era a assistência médica baseada no produtor privado. Neste modelo, a intervenção estatal só se justificaria para cuidar ou dos que ficavam fora do sistema, por não terem “capacidade social” de se integrarem ao mercado, ou das questões que não interessavam nem ao produtor privado nem ao seu modelo tecno-assistencial. Assim, o Estado atuaria de modo “caritativo”, dando assistência social aos mais necessitados e/ou excluídos, ou interviria em questões coletivas com os tradicionais instrumentos da saúde pública, como a campanha e a educação sanitária em massa.

Nesta vertente, o campo tecnológico fundamental manifesta-se na área médica através da incorporação dos mesmos padrões que se adaptam às medicinas dos países “mais centrais”, nos quais vingaram os modelos baseados na especialização médica e na intensa absorção de insumos e equipamentos para a realização do “ato médico” ordenado pela lógica comercial capitalista (Donnangelo, 1976). Para as ações coletivas, sobram as tecnologias tradicionais, retiradas fragmentariamente da bacteriologia, como a campanha, e da perspectiva médico-social que preconiza a necessidade de educação sanitária em alguns postos de serviços de saúde.

Pode-se apontar como interessados neste modelo tanto os grupos médicos que defendem

a organização empresarial e/ou liberal quanto alguns funcionários das instituições públicas de serviços de saúde. Dentre estes últimos, são ressaltados os ministros e suas equipes técnicas dos três primeiros governos militares, dentre os quais destaca-se Leonel Miranda, que, em 1968, elaborou um plano nacional de saúde centrado na privatização total da assistência à saúde (Melo, 1977).

Já a posição reformadora preconiza a constituição de uma rede básica de serviços públicos de saúde descentralizada e universalizada, ou seja, que atenda à população coberta ou não pela previdência social. Internacionalmente legitimada pela Conferência de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), postula-se o combate à dicotomia das ações de saúde, técnica e institucionalmente, através formação de serviços de saúde regionalizados e hierarquizados de acordo com sua complexidade tecnológica e da unificação das ações a nível ministerial.

Torna-se estratégica, nesta concepção, uma rede básica de saúde que funcione como porta de entrada de um sistema mais amplo e que obedeça à hierarquia tecnológica da assistência à saúde, classificada em primária, secundária e terciária. Neste esquema, os insumos e equipamentos correspondem a padrões quantificáveis de abrangência e resolutividade dos problemas de saúde. As instituições que detivessem maior grau de complexidade tecnológica passariam, então, a constituir as retaguardas que complementam a resolução dos problemas de saúde. Esta estratégia visa a organização de uma rede de atenção primária pelos estados e municípios como um primeiro passo para o controle do sistema de saúde como um todo.

Nesta perspectiva, os problemas de saúde seriam passíveis de um enquadramento segundo o paradigma biologicista e naturalista, no qual a doença começaria gradativamente e iria se tornando complexa, até constituir um quadro biológico dramático, em termos de vida e morte orgânica. Ações médicas, específicas e inespecíficas, interviriam antes do quadro patológico se desenvolver ou, gradualmente, a partir de seu desenvolvimento. Isto é, a intervenção ocorreria do momento mais simples, em termos clínico-terapêuticos, para o mais complexo, quando,

então, haveria a incorporação de uma grande quantidade de insumos e equipamentos.

Ainda que haja uma perspectiva epidemiológica e um sentido coletivo a partir de ações educativas e de higiene nesta postura, ela encontra-se mais próxima de um enfoque clínico do que de um enfoque populacional. Centrada na ótica médica e na teoria dos sistemas que se tomam como ciências exatas, esta perspectiva pressupõe que o planejamento das ações baseado na relação custo/eficácia seria não só possível, mas fundamental.

Desde a Reforma de 1968, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo já tinha adotado uma postura que trouxe avanços significativos às questões de planejamento das ações e dos serviços de saúde, além da incorporação da assistência médica como instrumental de saúde pública. Ela trouxe para o interior dos programas a serem executados pelos centros e postos de saúde os parâmetros da epidemiologia (da multi-causalidade das doenças) e do planejamento das ações, tornando estratégico o equacionamento da relação entre eficiência e eficácia das ações técnicas programadas, tendo em vista os recursos disponíveis e as necessidades "epidemiologicamente" detectadas.

A implantação deste modelo, no entanto, chocou-se com a contradição entre a extensão de cobertura que ele implicava e o padrão de gasto maior do que historicamente vinha ocorrendo (Braga & Paula, 1981). Isto fez com que a proposta não se reproduzisse igualmente pelo território nacional e só vingasse, ainda que em termos relativos, em estados e regiões mais ricos, que puderam equacionar melhor este obstáculo.

## DISCUSSÃO

O desenrolar dos acontecimentos na área da saúde, a partir da década de 70, mostra profundas reformas que, mais do que nunca, merecem ser dimensionalizadas e criticadas em função de um melhor controle democrático de seu processo. O desenvolvimento da Reforma Sanitária significou uma derrota definitiva da proposta conservadora baseada no predomínio da medicina privada. Mesmo os países ricos e desenvolvidos tiveram que rever em profundidade esta perspectiva, a partir da constatação de que ela

é extremamente onerosa para o Estado e produz poucos resultados em termos de saúde. Assumindo, portanto, que não há possibilidade de retorno nesta questão, pretende-se concentrar a atenção na posição reformadora discutida acima e levantar algumas questões sobre o seu modelo tecnológico.

Ao se observar concretamente a rede básica de serviços de saúde presente no contexto atual da maioria dos municípios mais desenvolvidos, em termos sócio-econômicos, do país, os principais pontos que se destacam referem-se, de um lado, ao sucesso significativo no que diz respeito à implantação de uma rede de serviços municipalizada e universalizada e, de outro, à extrema dificuldade de se libertar do predomínio da clínica individual, baseada no paradigma biológico, em favor da lógica da saúde pública. Embora o discurso da Reforma Sanitária incorporasse uma perspectiva mais holística da saúde e da medicina, na qual a dimensão clínica deveria se submeter ao controle de critérios coletivos e sociais no âmbito da saúde, os fatos acabaram por confirmar a dificuldade de se implementar tal proposta.

O que se observa, neste sentido, é uma redução do problema saúde-doença a uma questão de organização racional (custo/eficácia) das ações médicas, auxiliadas pelas ações coletivas, na qual a rede básica de serviços de saúde se transforma numa verdadeira triagem dos problemas de saúde, a partir do eixo "queixa/procedimento", descaracterizando a dimensão coletiva do processo saúde-doença e realizando, em nome da unificação das ações de saúde, uma "deslavada" medicalização (Gonçalves, 1986).

A Reforma Sanitária posta em prática pode até gerar, em alguns casos, uma rede que não caia na medicina aviltada própria do pronto atendimento e que realize uma assistência médica primária com um razoável grau de resolutivez. Mesmo assim, porém, o eixo central desta rede/porta de entrada é baseado não na unificação efetiva das ações, mas na redução medicalizante do conjunto destas ações.

Diante deste quadro, o grande desafio da medicina passou a ser a superação da forma degradante do pronto atendimento, através da reconciliação entre uma clínica que dimensione o caráter individual e subjetivo da doença e o saber contido na epidemiologia e na medicina

social e coletiva. Neste novo modelo, as ações de saúde, embora incorporem a assistência médica, não podem mais estar centradas na medicina. Todo um leque de questões envolvendo o meio ambiente, a vigilância sanitária e epidemiológica e uma perspectiva holística do ser humano e da saúde deve estar acoplado organicamente na concepção de sistema de saúde.

O esforço para a integração entre clínica e saúde pública num mesmo programa de saúde envolvendo ações individuais e coletivas de prevenção e de cura concorre para melhorar a prática clínica e legitimar o programa de saúde pública. Neste esquema, o ensinamento ao doente sobre sua doença é considerado um ato terapêutico tão importante quanto administrar medicamentos. A integração da medicina coletiva com a clínica produz, inevitavelmente, a necessidade de interação de uma equipe multidisciplinar de trabalho envolvendo vários profissionais. O trabalho em equipe contribuiria para uma melhor percepção da demanda e sua relação com os programas de saúde, adaptando o sistema médico a novos problemas decorrentes do modo de vida.

Um outro ponto importante, amplamente expresso na VIII Conferência Nacional de Saúde, diz respeito à dimensão que deverá assumir a rede básica de serviços de saúde a partir do nível de complexidade tecnológica que poderá absorver. É questionável, neste sentido, a noção de que ela seria apenas a “porta de entrada” de um sistema de saúde, caso haja a pretensão de transformá-la em um lugar essencial para que se realize a integralidade das ações individuais e coletivas, numa abrangência que pressupõe o conjunto das práticas sociais que determinam a qualidade de vida.

É evidente que a tecnologia adequada para a implementação de tal proposta teria, em vários aspectos, que ser “inventada”, não bastando incorporar o que já se acumulou em outras experiências, em particular as que agregaram simplesmente a assistência médica à saúde pública no mesmo lugar institucional.

Um fator, no entanto, é fundamental para se começar a pensar nas novas tecnologias necessárias para uma rede básica que supere as inconsistências encontradas no presente modelo: o predomínio dos aspectos coletivos e sociais da medicina em relação à clínica individual e

seu paradigma centrado na biologia e no hospital, numa nova concepção de saúde e doença. É evidente que uma rede básica com este perfil teria que incorporar alta tecnologia, enquanto saber que engendra instrumentos e formas organizacionais, para que atingisse uma capacidade efetiva de descoberta e solução dos casos individuais/coletivos. Além disso, esta rede teria que ser planejada e organizada levando-se em conta um eficiente e eficaz sistema de retaguarda, sem o qual a base/origem não funcionaria a contento.

Uma nova base tecnológica para a implementação desta proposta exigiria uma mudança radical no paradigma dominante da medicina e da saúde, baseado nos princípios positivistas, envolvendo os aspectos clínicos e epidemiológicos que tradicionalmente são vistos como neutros e capazes de realizar um equacionamento dos problemas de saúde a níveis individual e coletivo. Neste novo modelo de medicina e saúde, um pressuposto fundamental se destaca, qual seja, a consideração de que a dimensão social configura e dá sentido à dimensão biológica. Trata-se de um paradigma científico cujos contornos exigem uma dimensão tecnológica que seja desenvolvida a partir de um novo enfoque nas causas (sociais) das doenças e nas condições (sócio-ambientais) que promovem a saúde (Queiroz, 1987).

Se assumirmos que dimensões culturais e ideológicas encontram-se inevitavelmente presentes no ato médico, mesmo quando ele se pretende positivo e neutro, uma questão importante é considerá-lo como uma forma política de realizar certos objetivos sociais, numa postura epistemológica radicalmente diferente da que caracteriza o positivismo.

No interior deste modelo, o grande problema é a radicalidade democrática e a grande politização dos grupos sociais, uma vez que ele exige predominância dos interesses coletivos sobre os privados. Esta perspectiva pressupõe um processo social bem mais extensivo, de transformação, ampliação e composição da arena política, do que os limites dados apenas pelo setor saúde. Além disso, como muito bem demonstra Sader (1988), os agentes sociais que podem viabilizar este modelo extrapolam o nível exclusivo dos profissionais e técnicos de saúde.

## RESUMO

MERHY, E. E & QUEIROZ, M. S. **Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro.** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (2): 177-184, abr/jun, 1993.

Este artigo focaliza o desenvolvimento da saúde pública no Brasil com o intuito de analisar os problemas com os quais se depara o processo atual de municipalização dos serviços de saúde. Argumenta-se que a postura neoliberal ou conservadora tornou-se incapaz de articular uma proposta viável para o sistema de saúde. Por outro lado, a proposta reformista concentra sua atenção no sistema de saúde e sua administração, tendo como modelo a postura positivista das ciências naturais e administrativas. Argumenta-se que apenas uma mudança radical no paradigma da medicina, na qual a dimensão coletiva e social predomina sobre a dimensão biológica e individual, permitiria conciliá-la com as necessidades de saúde da população.

**Palavras-Chave:** Saúde Pública; Sistemas de Saúde

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRAGA, J. C. S. & PAULA, S. G., 1981. *Saúde e Previdência Social*. São Paulo: Cebes-Hucitec.
- DONNANGELO, M. C. F., 1976. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades.
- GONÇALVES, R. B. M., 1986. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- KUHN, T. S., 1975. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Perspectiva.
- LEAVELL, H. R. & CLARCK, E. G., 1970. *Medicina Preventiva*. Rio de Janeiro: McGraw Hill.
- MELO, G., 1977. *Saúde e Assistência Médica no Brasil*. São Paulo: Cebes-Hucitec.
- MERHY, E. E., 1991. *A Saúde Pública como Política. Um Estudo de Formuladores de Políticas*. São Paulo: Hucitec.
- OLIVEIRA, J. & TEIXEIRA, S. M. F., 1988. *(IM)Previdência Social*. Rio de Janeiro: Vozes.
- QUEIROZ, M. S., 1986. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Revista de Saúde Pública*, 20: 309-317.
- SADER, E., 1988. *Quando Novos Personagens Entraram em Cena*. São Paulo: Paz e Terra.
- SOMARRIBA, M. M. G., 1978. *Community Health and Class Society: The Health Programme of Norte de Minas, Brazil*. Tese de Doutorado, Sussex, Inglaterra: Universidade de Sussex.