

Saúde em Debate 328

DIREÇÃO DE

Gastão Wagner de Sousa Campos

José Ruben de Alcântara Bonfim

Maria Cecília de Souza Minayo

Marco Akerman

Yara Maria de Carvalho

EX-DIRETORES

David Capistrano Filho

Emerson Elias Merhy

Marcos Drumond Júnior

É por certo a saúde coisa mui preciosa, a única mercedora de todas as nossas atenções e cuidados e de que a ela se sacrificuem não somente todos os bens mas a própria vida, porquanto na sua ausência a existência se nos torna pesada e porque sem ela o prazer, a sabedoria, a ciência, e até a virtude se turvam e se esvaem.

— Michel Eyquem de Montaigne (1533-1592).

Ensaio. “Da semelhança dos pais com os filhos”.

Trad. Sérgio Milliet

- A Ampliação do Processo de Privatização da Saúde Pública no Brasil*, Julia Amorim Santos
- Escola para todos e as pessoas com deficiência: contribuições da terapia ocupacional*, Eucenir Fredini Rocha, Maria Inês Brito Brunello, Camila Cristina Bortolozzo Ximenes de Souza
- Bases Teóricas dos Processos de Medicalização: um olhar sobre as forças motrizes*, Paulo Frazão e Marcia Michie Minakawa
- Corpo com deficiência em busca de reabilitação? A ótica das pessoas com deficiência física*, Eucenir Fredini Rocha
- Crianças e adolescentes com doenças raras: narrativas e trajetórias de cuidado*, Martha Cristina Nunes Moreira, Marcos Antonio Ferreira do Nascimento, Daniel de Souza Campos & Lidiane Vianna Albernaz (orgs.)
- Bases da toxicologia ambiental e clínica para atenção à saúde: exposição e intoxicação por agrotóxicos*, Herling Gregorio Aguiar Alonzo & Aline de Oliveira Costa
- Pesquisar com os pés: deslocamentos no cuidado e na saúde*, Rosilda Mendes, Adriana Barin de Azevedo & Maria Fernanda Petrolli Frutuoso (orgs.)
- Percepções amorosas sobre o cuidado em saúde: histórias da rua Balsa das 10*, Julio Alberto Wong Un, Maria Amélia Medeiros Mano, Eymard Mourão Vasconcelos, Ernande Valentin do Prado & Mayara Floss
- Atividades humanas e Terapia Ocupacional: saber-fazer, cultura, política e outras resistências*, Carla Regina Silva (org.)
- A experiência do PET-UFF: composições de formação na cidade*, Ana Lúcia Abrahão & Ândrea Cardoso Souza (orgs.)
- Olhares para a saúde de mulheres e crianças: reflexões na perspectiva das boas práticas de cuidado e de gestão*, Maria Auxiliadora Mendes Gomes, Cynthia Magluta & Andreza Rodrigues Nakano (orgs.)
- Técnicas que fazem olhar e da empatia pesquisa qualitativa em ação*, Maria Cecília de Souza Minayo & António Pedro Costa
- Tempos cruzados: a saúde coletiva no estado de São Paulo 1920-1980*, André Mota
- Unidade Básica: a saúde pública brasileira na TV*, Helena Lemos Petta
- Decisões políticas e mudanças limitadas na saúde*, Carmem E. Leitão Araújo
- Ambulatório de especialidades: subsídios conceituais e organização de serviços a partir das experiências da enfermagem*, Carla Aparecida Spagnol & Isabela Silva Cância Velloso (orgs.)
- Clínica comum: fragmentos de formação e cuidado*, Angela Aparecida Capozzolo, Sidnei José Casetto, Viviane Maximino & Virginia Junqueira (orgs.)
- Contribuições do Mestrado Profissional para o ensino da enfermagem: experiências inovadoras no âmbito do SUS*, Cláudia Mara de Melo Tavares, Lucia Cardoso Mourão, Ana Clementina Vieira de Almeida & Elaine Antunes Cortez (orgs.)
- O método apoio como ferramenta de prevenção e enfrentamento da judicialização da saúde no SUS*, Tarsila Costa do Amaral
- Violências e suas configurações: Vulnerabilidades, injustiças e desigualdades sociais*, Lina Faria (org.)
- Quando a história encontra a saúde*, Ricardo dos Santos Batista, Christiane Maria Cruz de Souza & Maria Elisa Lemos Nunes da Silva (orgs.)
- Atenção Básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos: contribuições das universidades brasileiras para avaliação e pesquisa na APS. A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária à Saúde*, Marco Akerman, Patricia Rodrigues Sanine, Maria do Carmo Guimarães Caccia-Bava, Felipe Alvarenga Marim, Marília Louvison, Lucila Brandão Hirooka, Cecília Kayano Moraes & Maria Cristina da Costa Marques (orgs.)
- Atenção Básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos: contribuições das universidades brasileiras para avaliação e pesquisa na APS. Perspectivas: Avaliação, Pesquisa e Cuidado em Atenção Primária à Saúde*, Marco Akerman, Patricia Rodrigues Sanine, Maria do Carmo Guimarães Caccia-Bava, Felipe Alvarenga Marim, Marília Louvison, Lucila Brandão Hirooka, Cecília Kayano Moraes & Maria Cristina da Costa Marques (orgs.)
- Entre o Público e o Privado: Hospital São Paulo e Escola Paulista de Medicina (1933 a 1988)*, Ana Nemi
- Sobre a pandemia: experiências, tempos e reflexões*, André Mota (org.)
- Formação e Educação Permanente em Saúde: Processos e Produtos no Âmbito do Mestrado Profissional, volume 3*, Benedito Carlos Cordeiro, Helen Campos Ferreira & Miriam Marinho Chrizoztomo (orgs.)
- Atenção primária e atenção especializada no SUS: análise das redes de cuidado em grandes cidades brasileiras*, Christiane Pereira de Castro, Gastão Wagner de Sousa Campos & Juliana Azevedo Fernandes (orgs.)
- Itinerários de Asclépio: para a compreensão da gestão da clínica*, Giovanni Gurgel Acirole
- Medicalização do parto: saberes e práticas*, Luiz Antonio Teixeira, Andreza Pereira Rodrigues, Marina Fisher Nucci & Fernanda Loureiro Silva
- Saúde, ecologias e emancipação: conhecimentos alternativos em tempos de crise(s)*, Marcelo Firpo, Diogo Ferreira da Rocha & Marina Tarnowski Fasanello
- Atenção Primária À Saúde: uma história brasileira*, Carlos Henrique Assunção Paiva & Fernando Pires-Alves

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

UMA HISTÓRIA BRASILEIRA

Carlos Henrique Assunção Paiva
Fernando Pires-Alves

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
UMA HISTÓRIA BRASILEIRA

HUCITEC EDITORA
São Paulo, 2021

© Direitos autorais, 2021,
de Carlos Henrique Assunção Paiva & Fernando Pires-Alves
© Direitos de publicação reservados por
Hucitec Editora Ltda.
Rua Dona Inácia Uchoa, 209, 04110-020 São Paulo, SP.
Telefone (55 11 3892-7772)
www.lojahucitec.com.br

Depósito Legal efetuado.

Direção editorial: MARIANA NADA
Produção editorial: KÁTIA REIS
Assessoria editorial: MARIANA TERRA
Circulação: ELVIO TEZZA

Colaboração

Edital CNPQ/Fiocruz/COC n.º 04/2015 (processo 440808/2015-4)

Edital E-08/2015 Faperj (processo E-26/010.000154/2016)

Departamento de Pesquisa em História das Ciências e da Saúde (DEPES/COC/Fiocruz)

CIP-Brasil. Catalogação na Publicação
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

P167a

Paiva, Carlos Henrique Assunção

Atenção primária à saúde : uma história brasileira / Carlos Henrique Assunção Paiva, Fernando Pires-Alves. – 1. ed. - São Paulo : Hucitec, 2021. 402 p. ; 21 cm. (Saúde em debate ; 328)

Inclui índice

ISBN 978-85-8404-222-7

1. Saúde pública – História – Brasil. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Saúde – Aspectos sociais. I. Pires-Alves, Fernando. II. Título. III. Série.

21-73639

CDD: 362.10981

CDU: 614(81)(09)

Camila Donis Hartmann – Bibliotecária – CRB-7/6472

Talvez, apesar de tudo, se produza agora uma mudança; talvez se consiga que prevaleça o princípio ético de procurar a saúde para todos; talvez o médico do futuro abandone a postura do curador sacerdotal e ocupe o lugar que lhe corresponde como trabalhador consagrado à saúde, que ensina aos seus pacientes a cuidar de si mesmos e a recorrer a ele somente quando necessitem de um profissional, que nunca perde de vista a saúde da comunidade e ajuda a criar as condições médicas, sociais e ambientais necessárias para que seus pacientes não caiam enfermos.

Halfdan Mahler, diretor da Organização Mundial de Saúde. *Desafios diante da Atenção Primária à Saúde*. Conferência no Ministério da Saúde do Brasil, setembro de 1977.

SUMÁRIO

Prefácio, <i>Marcos Cueto</i>	11
Introdução	23
1. Tempos de organização: os debates iniciais e as políticas inaugurais (1930-1945)	35
DOCUMENTO: “A Saúde Pública no Brasil”, <i>João de Barros Barreto</i>	69
2. Novos tempos, novos temas: serviços básicos e desenvolvimento (1945-1963)	89
DOCUMENTO: “O Serviço Especial de Saúde Pública e suas realizações no Brasil”, <i>Henrique Maia Penido</i> ..	117
3. A gênese da Atenção Primária (1962-1979)	139
DOCUMENTO: “Histórico dos encontros municipais de Saúde”, <i>Autoria não identificada</i>	189

4. Tempos de Reforma: a Atenção Primária à Saúde na formulação do Sistema Único de Saúde (1979-1990) ...	195
DOCUMENTO: “Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREVSAÚDE: 1981-1986”, <i>Ministério da Saúde/Ministério da Previdência e Assistência Social</i>	231
5. A Atenção Primária à Saúde no SUS: a construção da primeira PNAB (1990 -2006)	315
DOCUMENTO: “Manual para a organização da Atenção Básica”, <i>Ministério da Saúde</i>	361
Palavras finais	367
Referências	373

PREFÁCIO

Existen libros excelentes que ofrecen en su contenido mucho más de lo que prometen en su título. Este es uno de ellos. No es solamente una reflexión clara, profunda y que presenta documentos relevantes de los orígenes, desarrollo y desafíos en el Brasil de uno de los conceptos centrales de la salud pública: la Atención Primaria de Salud (APS). Además, contribuye a la historia de la salud pública durante el siglo XX en este país y comienzos de la siguiente centuria, así como a la comprensión del proceso de construcción de la dimensión social del Estado brasilero y sugiere nuevas aproximaciones a la historia de la mismas que van a ser de interés para especialistas de diversas disciplinas que se dedican a distintos temas. Estas perspectivas innovadoras se pueden resumir en dos. En primer lugar, considerar la Atención Primaria como un proceso de larga duración y no como la derivación de la conocida conferencia internacional realizada en septiembre de 1978 en Alma Ata donde se aprobó una Declaración que lleva el nombre de esa ciudad (hoy Almaty, ubicada en la República Kazakh en lo que era parte de la Unión Soviética). Este evento, organizado por

la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, no solo consagró el término de APS, sino que reveló que existían esfuerzos anteriores por implementar experiencias parecidas a las que se propusieron en la Declaración. De esta manera el libro se inclina por enfatizar la continuidad — más que la ruptura — de los procesos históricos. Una segunda perspectiva que brilla en este trabajo es la valoración de la recepción, adaptación e iniciativas brasileñas (no solo federales sino estatales y municipales) para entender la dinámica de un proceso contradictorio y lleno de avances y retrocesos como fue el devenir de la APS brasileña. En relación a esta perspectiva es notable el enfoque perspicaz del libro por resaltar la coincidencia de intereses locales, nacionales e internacionales mas que enfocarse en las tensiones y en los conflictos.

Una motivación importante del libro es reducir la invisibilidad de experiencias, ideas y actores valiosos y fascinantes que precedieron la conferencia internacional de 1978. De esta manera, Alma Ata aparece menos como un punto inicial — como frecuentemente ha sido presentado en otros estudios — y más como resultado de un proceso y un momento de encuentro; una bisagra de iniciativas anteriores y posteriores o desarrolladas en diferentes espacios e instituciones. Mas aún, esta interpretación se extiende a una dimensión internacional. Según los autores, la conferencia en la Unión Soviética puede incluirse en un ciclo más amplio de eventos internacionales, muchos de ellos organizados por agencias multilaterales de Naciones Unidas o gobiernos social-demócratas europeos, que buscaban redefinir los términos del comercio internacional para favorecer a los países pobres y desindustrializados, tradicionalmente enfrascados en la exportación de materias primas, así como reconocer la importancia de los derechos sociales en los países en desarrollo. Es importante anotar que este ciclo se produjo cuando hubo una crisis de la hegemonía norteamericana en las postrimerías de la Guerra Fría; uno de cuyos símbolos mas conocidos es la derrota de los militares norteamericanos en Vietnam en 1975.

El libro expone con orden y consistencia como se articulan y suceden ideas, actores y programas institucionales que frecuentemente son heterogéneos pero que de distintas maneras buscaron

que la salud pública fuese consonante con los valores de equidad, entendida como una verdadera igualdad de oportunidades y una ciudadanía social no reducida a los derechos políticos de votar e ser elegido. El libro también explora las diferentes prioridades y los cambiantes significados que ha tenido la APS en el Brasil entre los cuales se encuentran: la protección a poblaciones vulnerables, la provisión de servicios ambulatorios clínicos, la puerta de entrada del paciente a la atención a un sistema de salud más o menos estructurado, la formación de trabajadores no profesionales conocidos como agentes comunitarios y la formación de un sistema nacional de salud. De esta manera los salubristas trascendían uno de los pecados de origen de la salud pública estatal de buena parte de los organismos latinoamericanos de comienzos del siglo XX; su énfasis en los puertos y en las grandes ciudades y la poca atención prestada al acceso desigual a los servicios que perjudicaban a las poblaciones rurales que entonces eran las mayoritarias de los países.

Este estudio va a ser útil para reconocer las vicisitudes de la salud pública brasileña desde las décadas de 1920 hasta comienzos de la de 1940. Entonces, sobre todo médicos paulistas formados por la Fundación Rockefeller, identificaron la artificialidad de la división entre tratamiento médico y prevención en el contexto de los primeros programas estatales de salud y del Departamento Nacional de Salud Pública creado en 1920. Otros problemas observados entonces fueron la distancia entre los servicios clínicos oficiales y la población, la ausencia de una carrera estatal para los sanitaristas, la necesidad de reorganizar la formación médica, lo crucial que eran los programas que se apoyen en estadísticas cuidadosamente elaboradas y la relevancia de visitadores de salud que trabajasen desde una red de centros de salud. Nuevos términos cargados de contenido preventivista emergieron que se harían parte del vocabulario de los salubristas como “distrito sanitario”, “visita domiciliaria,” trabajo a “tiempo parcial o integral” (aspirando que este último predominase), “examen médico periódico”, “medicina generalista” (en oposición a la especializada) y “descentralización”, entre otros. Otro asunto de fondo que se encaró entonces, que iría a persistir por los años siguientes, fue la rivalidad entre la medicina curativa y los

programas de prevención de enfermedades. La primera era considerada simplistamente como científica mientras que la segunda era tildada equivocadamente como política. Una indicación que estos asuntos e ideas estaban en sintonía con la salud internacional fue el hecho que el destacado higienista de São Paulo Geraldo de Paula Souza, forjador del Instituto de Higiene en la Universidad de São Paulo en 1918 y defensor de la formación especializada de sanitarios, fuese uno de quienes propusieron en 1945 la creación de una agencia especializada en salud en la reunión de formación de las Naciones Unidas (que tres años después resultó en la creación de la Organización Mundial de la Salud con sede en Ginebra). Esta tendencia de brasileños que llegaron a tener una destacada actuación internacional y de extranjeros que tuvieron impacto en el Brasil (como el funcionario de la Rockefeller, Fred L. Soper que trabajó en Rio de Janeiro por casi diez años en los años treinta o el carioca Marcolino Candau, director general de la Organización Mundial de la Salud entre 1953 y 1973) se repetiría a lo largo de la centuria. Tan importante como el anterior fue una elite de sanitarios que iban en la misma dirección del paulista, entre los que estaban Samuel Pessoa (parasitólogo interesado en la medicina rural, sanitarista y comunista) y João de Barros Barreto (profesor de higiene en la universidad de Rio de Janeiro y representante brasileño en eventos sanitarios internacionales), entre otros, quienes liderarían nuevas propuestas de cómo organizar la salud pública y entrenar a futuros salubristas en parte inspirados en la experiencia norteamericana que habían aprendido gracias a sus becas de postgrado y formación que brindaba la Rockefeller.

Durante un segundo período analizado en el texto, denominado servicios básicos y desarrollo, se forman los primeros programas que ampliaron la cobertura de los servicios sanitarios esenciales, formaron de técnicos especializados, creación de hospitales públicos dedicados a algunas dolencias y control de las enfermedades infecciosas epidémicas entre los cuales van a destacar el de fiebre amarilla; campañas apoyadas por la Rockefeller quien instaló una oficina en Rio de Janeiro. Desde entonces hacer de la salud pública una actividad cotidiana en zonas peri-urbanas y rurales fue una pre-

ocupación, aunque los intentos por lógralo fuesen frecuentemente insuficientes en relación a las necesidades. Un evento fundamental — y nunca agotado por los investigadores que ya han producido trabajos importantes en este tema — fue la destacada labor sanitaria del ministro Gustavo Capanema en el gobierno de Getulio Vargas quien estuvo al mando del frente del Ministerio de Educación y Salud Pública en un período de ruptura institucional y política del país. A partir de 1937 Capanema implementó una reforma en la organización de salud del país que incluyó la división del territorio brasileño en ocho grandes regiones sanitarias, la convocatoria de la primera conferencia nacional de salud a comienzos de 1941 — un evento que en los próximos años sería crucial para socializar las políticas sanitarias — y la articulación con los programas sanitarios estatales y municipales. En el importante análisis de estas reformas los autores enfatizan la importancia de la articulación entre intereses de elites federales, estatales y locales, mas que el enfrentamiento entre las mismas. De esta manera contribuyen a una interpretación más sofisticada entre el autoritarismo de Vargas y la salud pública. Colocan a la salud pública como un área crucial para entender la ampliación de la autoridad estatal en la sociedad — que muchas veces puede ser entendida como una labor civilizatoria y paternalista, y hasta de asimilación de sectores de la población que tuvieron poco contacto con el Estado. Los autores muestran también que esta ampliación no fue un proceso unilateral sino el resultado de un juego político entre la autoridad federal, los intentos de descentralización y la resistencia y colaboración al mismo que han marcado la historia del país. Esto es parte de un debate que va más allá de un interés histórico porque sugiere que los cambios significativos se produjeron por iniciativas de la sociedad civil, municipales o estatales en consonancia con el poder federal. De esta manera nos obliga a dejar de pensar en el pasado y el presente de la salud pública como un proceso solo marcado por la iniciativa de las élites en el poder.

Después de la Segunda Guerra Mundial, Brasil participó de importantes iniciativas educativas internacionales como las varias reuniones sobre sanidad y educación médica realizadas en los años cincuenta auspiciadas por universidades y organizaciones

profesionales norteamericanas y la Organización Panamericana de la Salud. Estos encuentros tuvieron como objetivo llevar a cabo un cambio en las interacciones entre la docencia y la práctica médica y entre la docencia y la investigación, así como la incorporación de la prevención en todos los años de estudios de la profesión. Al hacerlo se proyectaba una visión de largo plazo porque se trataba de no solo adaptar a los médicos a las necesidades sanitarias del país sino de formar a los futuros cuadros y funcionarios del sistema de salud. No se escapa a los autores del trabajo que la inclinación de muchos de los organizadores norteamericanos de estos eventos educativos era promover un modelo adonde el hospital fuese el centro de los servicios de salud lo que era algo diferente a la creación de sistemas nacionales de salud que varios países europeos influenciados por el ideal del Estado de Bienestar estaban formando. Un supuesto importante en este período era que la ampliación de los servicios sanitarios era un ingrediente fundamental al desarrollo del país y para la promoción de una incipiente idea de ciudadanía social en el cual los derechos individuales de los brasileños incluían el acceso a la salud y la educación lo que permitiría en el futuro una igualdad de oportunidades. Este supuesto fue entendido entonces como la consideración de la sanidad como un instrumento de las políticas de desarrollo; es decir entendidas como un parte del cambio estructural en la administración del Estado — e inclusive consideraban alguna participación de la comunidad —, pero con reformas sociales limitadas, sin movilizaciones sociales y que no significasen grandes cambios con el pasado. Parte de ello fueron que los servicios de control de enfermedades creados por la Rockefeller fueron absorbidos por el Servicio Especial de Salud Pública (SESP) que no dejó de ser un programa algo autoritario que le daba poca importancia a la participación plena de la comunidad y sobre enfatizaba la tecnología y el control vertical de enfermedades endémicas como la malaria. Al estudiar este Servicio este trabajo coloca más acento en la articulación entre los actores e intereses nacionales y norteamericanos reemplazando las perspectivas anteriores que resaltaban la confrontación entre estos. Fue entonces que algunos salubristas denominados “desarrollistas” comenzaron a prestar más atención

a transformaciones de las condiciones económicas, materiales y humanas que alimentaban la salud y enfermedad y comenzaron a buscar un cambio integral en la sociedad. Progresivamente, durante los años sesenta y setenta, se fue abandonando la prioridad dada al control y erradicación de enfermedades para favorecer proyectos de desarrollo económico y social. Eso favoreció la popularidad del concepto de Servicios Básicos de Salud asociado a la expansión de la cobertura de los sistemas nacionales de salud; temas que se estaban haciendo prioritarios también en la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Como bien señalan los autores este concepto fue un claro precursor de la APS en Brasil y muchas partes del mundo.

El supuesto de este concepto permanecería por las siguientes décadas y que aun hoy sobrevive: el Estado es el principal responsable para brindar buenas condiciones de vida y acceso a los servicios curativos, preventivos y de rehabilitación. Además, se suponía que el cumplimiento de estos fines sería posible con una labor centralizadora y autoritaria del poder y que para cumplirlo no era necesaria la instalación de un sistema democrático o una participación activa de la población. Este fue incorporado en la dictadura militar, de poco más de veinte años, inaugurada en 1964. Inclusive los militares reconocieron el principio enunciado en la Constitución Brasileña de mediados de los años sesenta sobre la seguridad social según la cual el Estado tiene una responsabilidad intrínseca en la protección de la salud y el bienestar de sus ciudadanos. Eso llevó a los militares a hacer crecer la medicina previsional que en cierta medida favoreció la prestación privada de los servicios contratados por el Estado. A partir de mediados de los setenta — cuando, el régimen comenzó a dar señales de crisis y también se concebirá el II Plan Nacional de Desarrollo — se lanzó el primer Sistema Nacional de Salud, en 1975 que significó la atención a segmentos de la población que no eran parte del mercado laboral formal; es decir sin afiliación a la seguridad social del Estado.

Los programas impulsados por los militares revelan que los programas precursores de la APS, e inclusive alguno de los defensores iniciales de la Atención Primaria formulada en la conferencia

de Alma Ata, creían que esta podía ser cumplida sin que existiese un contexto político democrático. Ello explica la presencia de Halfdan Mahler en Brasilia en 1977 (quien era el líder de la APS desde su posición de director general de la OMS) — una visita cuidadosamente descrita en el libro — tratando de convencer a las autoridades del régimen militar de las bondades de la APS. Cuando el gobierno militar estaba elaborando el Sistema Nacional de Salud e implementando el PIASS, las ideas de Mahler; de programas de amplia cobertura con baja complejidad tecnológica y la organización jerárquica de las unidades de salud en el territorio, fueron bien recibidas por las autoridades brasileñas. Pero como los autores también describen existió entonces la aversión en el gobierno de dar importancia a las ciencias sociales en el campo de la salud y, posteriormente, se produjeron las idas y venidas en la decisión de enviar delegados oficiales a la Conferencia de Alma Ata que fue percibida como un encuentro de países socialistas. A fin de cuentas, Brasil no tuvo una delegación en este evento (el único participante oficial brasileño fue Juljan Czapski, polaco naturalizado quien era secretario general de la Federación Brasileira de Hospitales).

Uno de los asuntos más difíciles de explicar para un historiador — y bien resuelto en este texto — es la superposición de los periodos históricos. Como saben los historiadores, las fechas, los eventos y algún discurso de un presidente son símbolos de procesos que tienen una mediana o larga duración en la que no hay fronteras claras entre el pasado y ese presente. Y es un desafío mantener claridad en la descripción de transiciones complejas donde hay contradicciones, coexistencias, rupturas y continuidades. Por ejemplo, esto es algo especialmente bien cumplido en el capítulo tres que trata de los acontecimientos entre los años sesenta y setenta en que se gestan propuestas anti oficiales que van a desembocar en futuro en programas consistentes de APS. El ambicioso y rígido Sistema Nacional de Saúde de 1975, creado por los militares como parte del II Plano de Desenvolvimento Nacional de Desenvolvimento, buscaba mejorar la base social del régimen en momentos que entraba en crisis las bondades del así llamado “milagro económico.” Es importante enfatizar que fue precisamente esta crisis la que alentó la crítica y organiza-

ción de un movimiento sanitario que llevarían al reconocimiento de la salud en la Constitución democrática de 1988 y a la creación del Sistema Único de Saúde en 1990 en un contexto de movilización política y democratización del país. El conocido movimiento de Reforma Sanitaria fue una fuerza definitiva en esta transición que llegó a construir con claridad una elite dirigente, reconocida y respetada, expresada en, por ejemplo, el Centro Brasileño de Estudios en Salud, CEBES, la Asociación profesional sanitaria, ABRASCO y las revistas especializadas como *Cadernos de Saúde Pública* y *Ciência & Saúde Coletiva* que se convirtieron en referencias importantes para el sistema de salud pública como un todo y para los dirigentes políticos de todas las tendencias. Para ellos, uno de los elementos centrales del SUS fue el programa *Saúde da Família* (PSF) que desde 1994 estructuró la descentralización y el trabajo de los agentes comunitarios. Justamente estos surgen cuando se produce un desencanto con las políticas neoliberales en los noventa que eran hegemónicas en buena parte del mundo y que procuraban reducir el Estado y sus servicios sociales al mínimo. La construcción de una APS brasileña estuvo a contracorriente de las tendencias mundial demostrando que no era absoluta la hegemonía sanitaria reduccionista de la Atención Primaria Selectiva y precisamente en eso reside su notoriedad internacional.

Este no es solamente un notable libro de historia (y es inevitable que otros temas valiosos no mencionados se escapen al autor de este prefacio). Me gustaría resaltar que el coraje con que los autores se asoman al presente con un sentido militante y defensor de la APS entendida en su versión más integral; es decir participativa, política y comprometida a disminuir las disparidades sociales y enfrentar los determinantes sociales de la salud como el desempleo, el racismo y la discriminación. No dejan de advertirnos del interés reciente de las empresas privadas de salud y sus planos de salud, e inclusive de políticos de derecha, en la APS en una conspiración de cooptación y domesticación del término. En este caso se construye una retórica alrededor de la APS como si fuese solamente un recurso para mejorar el acceso y la racionalidad de la administración de los primeros niveles de atención hospitalaria o aun paquete reducido

de servicios básicos provistos por el Estado o alianzas público privadas; ignorando su vinculación con la reducción de las desigualdades sociales y la necesidad de un liderazgo político y de compromiso con la justicia social.

Haciendo un balance de los valiosos datos y eventos estudiados en el texto presentados parece que el proceso de construcción de la APS demuestra una antigua preocupación y práctica de los líderes del sector público, ya sea federal, estatal o municipal, por la buena administración, financiamiento, programación y racionalización de los servicios de salud. Este hallazgo va en contra de uno de los elementos centrales del discurso neoliberal que empieza a imponerse desde fines del siglo XX con más intensidad fuera de Brasil que en el país, es decir que el Estado es un pésimo administrador de los programas sociales. Además, que uno de los grandes desafíos en la historia para la plena implementación de la APS ha sido que la sociedad civil considere a esta como parte de una ciudadanía social. Finalmente, este libro sugiere que la APS brilló en los momentos de movilización y compromiso político, muchas veces en resistencia al poder como el iniciado en los ochenta que incluyeron la democratización, el auge del movimiento de Reforma Sanitaria y la implementación de programas agresivos de reducción de la pobreza. Esta idea es útil para entender la regresión de las propuestas realizadas en los últimos años a nivel internacional — antes de la pandemia de Covid-19 — que reconocían retóricamente la importancia de la APS, pero que la querían subordinar a cambios administrativos como versiones reducidas de sistemas de salud — contenidas en muchas de las propuestas de Cobertura Universal de Salud. Todo ello en un contexto de negacionismo científico y de emergencia de gobiernos autoritarios y de un neoliberalismo salvaje que pretende reducir al mínimo los servicios del Estado.

En este contexto, la crisis experimentada por la APS en Brasil y en otros países puede ser analizada con el concepto de Necropolítica — originalmente acuñado por el filósofo de Camerún Achille Mbembe —, según el cual la soberanía o el poder supremo del Estado neoliberal se basa en la capacidad de decidir sobre la vida y la muerte de individuos y grupos de la población; es decir, la justi-

ficación del Estado ya no reside en la promesa de generar mejores condiciones de vida, como en anteriores versiones decimonónicas y de comienzos del siglo XX de los estados liberales. La Necropolítica no solo sirve para explicar el racismo sistémico, la eliminación de los pobres en operativos policiales en las favelas en la llamada guerra contra las drogas, el encarcelamiento masivo de afrodescendientes, el exterminio de indígenas en la Amazonia, sino para entender el desmantelamiento del sistema de salud brasileño que luchó por años el tener como su centro la APS. En primer lugar, la necropolítica explica la indiferencia con respecto a la desigualdad social y el abandono de los compromisos del Estado para reforzar el SUS, desplegar una vigilancia epidemiológica adecuada, incrementar el personal de salud dedicados al servicio público y proporcionar tecnológicos necesarios para enfrentar emergencias como la de Covid-19. La necropolítica también está vinculada a la antipolítica contra los adversarios de otros partidos y el ataque a los médicos disidentes del poder y a las organizaciones no gubernamentales (ONG) de salud y derechos humanos; todo lo cual destruye la relación entre el gobierno y la sociedad que fue la base de conquistas anteriores. La resultante menor cantidad y visibilidad de las cifras sobre las epidemias y condiciones de salud de los más pobres contribuye a su invisibilidad, lo que es un objetivo del poder necropolítico. Lo más nefasto es que la normalización de la necropolítica en salud no solamente significa la manipulación de la ciencia por parte del poder sino la difusión de la creencia acerca de que enfermarse o estar sano, de vivir o morir son eventos fortuitos o están regidos por normas difíciles de cambiar administradas por los poderosos. Es decir, la erosión de la APS significa abrir las puertas al ingreso cada vez más peligroso del país a una banalización de la muerte lenta o repentina de los sectores más discriminados de la población y una tolerancia a la violencia. Por ello como sugiere este libro el desmonte de la salud pública y de la APS es un atentado a la vida y a la sociedad.

Felizmente, la necropolitización de la salud se enfrenta a la oposición de organizaciones de izquierda, académicos y líderes de las comunidades negras e indígenas de la Amazonia, así como de algunos gobiernos locales y del Poder Judicial. Ojalá que, inspirados en

esa resistencia al poder, este libro hecho con talento, conocimiento y estilo notables — junto a otros valiosos trabajos de historiadores de la salud — ayuden a convencer al público de que la crisis política y de salud actual exige refundar la APS en una democracia sanitaria y política que permita enfrentar las emergencias y construir un sistema sanitario verdaderamente nacional e inclusivo.

— Marcos Cueto

Editor de *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*,

Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) conquistou em nossos dias um inegável espaço no vocabulário, agendas, iniciativas e políticas de vários países do mundo. Sem exagero, pode-se dizer que se construiu em torno da sigla APS, ao longo de determinado período, boa dose de consenso técnico e, muito raramente, político a respeito de seu papel na produção de melhores condições de saúde e de vida. Nos países que, hoje, são referência na modelagem de sistemas de saúde, como são alguns daqueles localizados na Europa Ocidental, a APS surge sempre como parte fundamental do arranjo institucional de oferta de serviços. Mais que isso: por intermédio de um centro de saúde, de um posto ou mesmo de um consultório, ela se apresenta, na região, como a principal face do acesso aos serviços de saúde estatais ou regulados pelo Estado.

Nem sempre foi assim e nem necessariamente será. Uma reflexão acerca da trajetória da APS nos revela ideias, atores e marcos institucionais acerca do seu processo de construção como uma proposta que, longe de ser homogênea e desprovida de disputas, constituiu uma das bases do debate sobre políticas contemporâneas,

tanto internacionais quanto brasileiras, para a saúde. Como em toda trajetória complexa, há diversas formas de se enquadrar e compreender o processo de construção da APS tal como a conhecemos hoje. Em quase todas as narrativas assume um papel de relevo a realização, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), da *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, em setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata, na República do Cazaquistão, então integrante da União Soviética.

A Declaração de Alma-Ata, firmada ao término da conferência, constitui um dos documentos internacionais mais citados no campo da saúde pública. Organizada em torno de dez pontos, ela define diretrizes gerais acerca de um conjunto de questões: o enfrentamento das desigualdades nos níveis de desenvolvimento social e econômico internacional e no interior dos países e seus impactos na saúde dos povos; o acesso das populações aos cuidados essenciais de saúde, a importância da existência de sistemas de saúde integrados, seu maior alcance no território e os melhores modos de funcionamento dos serviços; o uso de métodos e tecnologias adequadas; o preparo e gestão de recursos humanos; os meios materiais mobilizáveis de modo sustentado estão entre os assuntos sinalizados. O relativo consenso então alcançado teria conferido as bases para a incorporação daquelas ideias e agendas, ainda que sempre de diferentes formas e intensidades, nas diversas realidades nacionais.

Seja qual for o destaque a ser atribuído à conferência de Alma-Ata na construção de um trajeto narrativo sobre a Atenção Primária à Saúde, é preciso não silenciar acerca de um variado conjunto de propostas e experiências que antecederam em muito a sua realização. Neste trabalho pretendemos, sem retirar da Declaração de Alma-Ata o seu estatuto de marco relevante na história da saúde pública, destacar algumas dessas iniciativas predecessoras, revelando seus pontos de contato com o ideário da declaração. Em certo sentido, compreendemos Alma-Ata menos como um marco-zero, inicial, em um processo de construção da APS, e mais como um ponto de passagem, relevante para os desdobramentos posteriores, para o qual confluíram formulações e experimentos locais e nacionais ra-

zoavelmente exitosos, em um processo mais ou menos extenso, de pelo menos 40 anos, de crítica aos resultados efetivamente alcançados pelas políticas nacionais de saúde pública e assistência médica.

Para acionar e incluir, na nossa narrativa histórica da APS, as formulações e iniciativas que contribuíram para a sua construção como um domínio específico, mobilizamos a noção de *serviços básicos de saúde* — e os empreendimentos históricos visando a sua expansão — compreendidos como uma cesta variável de serviços basais, eventualmente mínimos, ofertados de modo a incluir populações marginais ou periféricas até então não atendidas pelos serviços de saúde. Assim, compartilhamos — e em certo sentido ampliamos em retrocesso o seu alcance no tempo — a formulação,¹ segundo a qual, nos debates da OMS, em algum ponto da primeira metade da década de 1970, a noção de serviços básicos de saúde foi substituída pela de Atenção Primária à Saúde, concebida esta como uma instância fundamental para a organização e para o funcionamento de serviços que, a princípio, seriam desejadamente orientados para a universalidade da cobertura e a integralidade do cuidado.

A expressão Atenção Primária à Saúde é, todavia, reconhecidamente polissêmica. Ela é, sobretudo no Brasil, correntemente utilizada para referir alternada ou combinadamente: (1) uma abordagem, de tipo mais instrumental, orientada para populações extremamente vulneráveis, mediante um conjunto restrito de serviços; (2) a oferta de serviços básicos ambulatoriais, sobretudo clínicos, de menor densidade tecnológica, normalmente incluindo a oferta dos programas de prevenção disponíveis; (3) a porta de entrada do paciente nos fluxos de atendimento de um sistema de saúde mais ou menos estruturado; (4) uma concepção orientadora da organização de um serviço e, de preferência, de um sistema de saúde, comprometida com a integralidade do cuidado, a equidade no acesso e,

¹ Essa formulação, da transição conceitual da noção de “serviços básicos de saúde” para a de “Atenção Primária à Saúde”, nos debates da OMS, está presente no Epílogo do volume *The third ten years of the World Health Organization (1967-1977)*, publicação oficial da organização, redigida por Socrates Litsios (2008). Ver essa discussão no capítulo 3.

eventualmente, a universalidade da cobertura de uma atenção de qualidade.²

Esta polissemia é, ela mesma, um indicativo de ser a APS uma arena de disputa entre diferentes concepções ou modelos de atenção à saúde e, ao mesmo tempo, uma confluência entre diferentes tradições de saúde pública. O uso diferenciado e algo generalizado da expressão —, pelo menos nas últimas décadas, também no âmbito da prestação privada de serviços de saúde empresariais — indica a conformação no tempo de um léxico e uma semântica compartilhados. Termos, ideias e noções referidas à hierarquização do cuidado; ao distrito de saúde e à segmentação do território de cobertura; à referência dos pacientes entre os níveis da atenção; de equipe de saúde ou, pelo menos, de integração entre as práticas profissionais na prestação do cuidado; de mobilização de populares para realização do trabalho e de engajamento comunitário, são de uso corrente e mobilizados em graus distintos e implicações variáveis pelas diversas correntes. Na experiência histórica, a mobilização desse acervo de concepções se dá em diálogo com outras, da ordem dos valores sociais, tais como aquelas referidas às responsabilidades públicas e ao direito à saúde, à participação social, ao desenvolvimento e à democracia. A APS envolve simultaneamente e irremediavelmente, tanto escolhas técnicas quanto ideologias, compreendidas como a proximidade, ou mesmo a adesão a uma constelação de valores civilizatórios e a projetos de sociedade.

É neste sentido que podemos nos referir a uma APS de *baixa intensidade*, quando orientada restritiva e seletivamente, para ações de baixo custo e impacto relevante nas populações específicas em condições de fragilidade social, sem maiores compromissos com a modificação dessas mesmas condições. Com aquele mesmo sentido — e por oposição — também podemos falar de uma APS de *alta*

2 A polissemia nos usos da expressão Atenção Primária à Saúde é descrita em obras de referência como Andrade et al. (2013) e Giovanella et al. (2018). A larga adoção, no Brasil, da expressão alternativa *Atenção Básica de Saúde* não modifica as implicações desse argumento. Ver capítulo 5.

intensidade,³ quando engajada em promover tanto uma profunda transformação do modelo de atenção, com a finalidade de ofertar uma assistência à saúde integral, universal, que enfrente os aspectos estruturais da relação entre saúde e doença, quanto uma experiência democrática radical em matéria de saúde. Certamente, foram vários os matizes ou as combinações históricas entre os diferentes componentes presentes nessas duas polaridades.

O esforço de arguir o passado sobre a existência de um processo ainda não nominado e delimitado exigiu da nossa parte o desafiante exercício de aproximações entre ideias e práticas pretéritas e contemporâneas. Procuramos inquirir diferentes experiências na história da saúde pública brasileira e internacional, sem pretender o objetivo, contudo, de traçar uma relação direta, linear e causal entre as formulações e experiências do passado e aquelas do presente. Perseguimos, o que não é pouco, os fios de tecitura de um processo histórico complexo a fim de identificar “conexões”. Assim, assume-se que esta obra trata da história dos serviços básicos de saúde — como um conjunto variado de experiências de expansão da cobertura dos serviços — e da Atenção Primária à Saúde, sem buscar estabelecer ligações genéticas absolutas entre distintas e diversas práticas. Entende-se que, no entanto, elas integram uma história comum, ressaltando que apenas parcial e incompletamente se sucedem no tempo, como se verá no percurso do texto. De fato, se estamos falando de duas concepções conceitualmente distintas, muito poucas experiências concretas, oficialmente denominadas de atenção primária, realizaram completamente uma transição entre a primeira e a segunda, o que reforça esse enquadramento do nosso objeto. Sem avançar demais, por hora podemos sinalizar, por exemplo, que se os serviços básicos de saúde estiveram orientados pela ideia de expansão com racionalidade dos serviços de saúde — de expandir os sistemas para incluir os desassistidos —, a Atenção Primária à Saúde, em seus termos mais completos, é presidida pela ideia de organizar, estruturar, para incluir a todos sob uma mesma racionalidade, o que é

3 As ideias mobilizadas aqui de baixa e alta intensidade são inspiradas em Boaventura de Souza Santos. Ver: Boaventura de Sousa Santos. *A difícil democracia: reinventar as esquerdas*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2016.

profunda e significativamente diferente. Todavia, são vários os seus elementos comuns, ainda que se manifestem de distintas formas. Por exemplo, quanto às concepções de sistema de saúde, de hierarquização do cuidado e sobre o trabalho em saúde, de organização do serviço no território, entre outros aspectos, que nos permitem indicar que estamos tratando de uma mesma região das manifestações, no tempo histórico, das respostas coletivas às necessidades de saúde.

A ideia de encontro de diferentes tradições se fez claramente pertinente na trajetória brasileira entre os serviços básicos de saúde e a APS. Em um exemplo que pode ser mencionado nesta introdução, no final dos anos 1970, os sanitaristas já contavam com uma ampla experiência e protagonismo no debate e na formulação de iniciativas e mesmo políticas em pelo menos duas áreas muito caras ao que se convencionou chamar de APS. Um primeiro eixo de questões se definiu com linhas mais claras a partir do final dos anos 1930, avançando também com forte centralidade nas décadas seguintes. Trata-se de um debate de fundo organizacional que compreendia que a oferta de serviços de saúde deveria ser objeto de um tipo de racionalidade específica. Por hora, é possível avançar que em âmbito internacional e nacional, eram crescentes as preocupações com a organização administrativa e política dos serviços de saúde desde o final dos anos 1930. Noções a respeito de um papel organizador do centro de saúde em uma dada região, ou do que se convencionou chamar “organização distrital”, ainda que não fossem de todo novas, começaram a ser objeto de discussões mais aprofundadas e com implicações políticas mais significativas, sobretudo se considerarmos uma eventual adesão mais generalizada à ideia e sua aplicação com alcance nacional.

Este será um debate que se desenvolverá em seus conceitos e, por assim dizer, ambições nas décadas seguintes, envolvendo eventualmente conexões com organismos internacionais, a exemplo da Fundação Rockefeller e da Organização Pan-Americana da Saúde. A partir dele, diversas questões organizativas e operacionais de saúde se tornarão crescentemente presentes, ao mesmo tempo em que se conformavam tradições de saúde pública no seu enfrentamento, oscilando em geral entre polos, não de todo excludentes entre si, onde

figuram, de um lado, uma ênfase no incremento das soluções técnicas e das tecnologias de intervenção social na saúde; e, de outro, a atribuição de prioridade à produção de melhores condições de vida com base em um desenvolvimento econômico e social melhor distribuído e eficaz. Torna-se importante reconhecer, de todo modo, que a base que sustentou o pêndulo que alternava entre os extremos do debate jamais deixou de envolver um apreço ao emprego da racionalidade organizacional, técnica, como uma forma de maximizar a relação recursos empregados/resultados esperados.

Estas eram as bases dos debates organizacionais e, em alguma medida, do próprio cuidar em saúde nas décadas seguintes, e para um percurso conceitual que jamais transcorreu de forma linear. Em questão figuravam, entre outros, temas como a melhor racionalidade no emprego dos recursos disponíveis; as condições de acesso aos serviços de saúde, inclusive nas áreas mais remotas de cada espaço nacional; a organização da assistência à saúde, com o emprego de recursos tecnológicos e humanos adequados. Eram então e são hoje questões que continuam de pé e cujo processo de formulação envolveu a mobilização de uma longa tradição sanitária, em que a militância contemporânea da APS pode encontrar, de alguma forma, uma das suas referências de origem.

Um segundo eixo a ser mencionado nesta introdução diz respeito às preocupações no campo da formação e do exercício do trabalho profissional. No contexto do final dos anos 1930, e certamente a partir dos anos 1940, tem início um crescente debate acerca do que se convencionou chamar “educação médica”. Em larga medida, o seu pano de fundo era a necessidade de ampliar a oferta de serviços de saúde para as populações expostas aos problemas mais prevalentes. Para tal, seria necessário ampliar o contingente de médicos disponível, promover a sua melhor distribuição no espaço nacional e, ao mesmo tempo, desenvolver uma capacidade de trabalho que permitisse integrar ações curativas e preventivas.⁴ Nas décadas seguintes, especialmente em âmbito internacional, esse não será um

⁴ Como correntemente se faz, adotamos aqui o termo “preventivas” para designar as ações de saúde de âmbito coletivo, na prevenção do adoecimento, de modo distinto, portanto, da definição mais abrangente do conceito de prevenção,

debate qualquer. Em torno dele se organizaram *talleres* em diversos países latino-americanos, se produziram especialistas e publicações, e se acumularam estatísticas. Apresentava-se então como urgente a necessidade de se formar médicos de novo tipo.

A ideia de um cuidado mais integral emergirá como uma espécie de candidata à linha condutora. À medida que o debate ganhava musculatura, ele também se abriria para as demais profissões de saúde, de modo que formar médicos de novo tipo passaria a ser apenas parte do problema. Era necessário também formar enfermeiros, dentistas e outros profissionais adaptados às necessidades de saúde. Era preciso igualmente preparar profissionais de nível técnico e auxiliar e, logo adiante, capacitar agentes mobilizados nas populações-alvo para o enfrentamento, sobretudo nas zonas mais carentes — e sempre difíceis de fixar profissionais de nível superior — dos problemas de saúde mais urgentes e prevalentes. Essa arena, com o tempo convertida em área de Desenvolvimento de Recursos Humanos, se constituirá, por assim dizer, em uma linha de trajetória com a qual os sanitaristas dos anos 1970 terão de lidar, e com eles os militantes por uma Atenção Primária à Saúde. Eles serão tanto herdeiros quanto transformadores dessas orientações.

Para empreender nossa tarefa, organizamos a publicação em cinco capítulos, definidos a partir daquelas que delimitamos como conjunturas relevantes no percurso que examinamos. Na primeira, procuramos estabelecer as bases de um debate fundante sobre expansão de serviços sanitários básicos e implementação de soluções que transcorrem a partir de meados da década de 1910, mas, sobretudo nos marcos da Reforma Capanema, durante o Estado Novo. No segundo capítulo, nosso percurso transcorreu desse ponto até as vésperas do Golpe Civil-Militar de 1964 e pautou-se principalmente pela discussão da relação entre desenvolvimento, saúde e os termos de uma proposta de reforma setorial na saúde. A terceira conjuntura ficou delimitada entre a realização da III Conferência Nacional de Saúde e as primeiras recepções, no Brasil, do debate

com suas fases primária, secundária e terciária, tal como adotado pela Medicina Preventiva. Ver, por exemplo, Rouquayrol & Goldbaum, 2003, pp. 17-36.

internacional sobre atenção primária, quando enfrentamos, entre outras questões, a não participação brasileira na reunião de 1978 na União Soviética. No quarto capítulo discutimos o lugar da APS nos projetos de reformulação do sistema de saúde vigente na transição entre os últimos anos do regime militar e o renascimento democrático, anos especialmente férteis para o debate programático na saúde

O quinto e último capítulo contempla o processo de formulação e implementação das primeiras políticas de alcance nacional de atenção primária no país. Destacamos tanto as principais experiências locais mais significativas, como a ocorrida no estado do Ceará, quanto às iniciativas propriamente nacionais, materializadas no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e no Programa Saúde da Família (PSF), até a formulação, em 2006, daquela que se constituiu como a primeira política nacional de atenção primária, a PNAB. Seguem-se as nossas considerações finais.

Ao final de cada capítulo, o leitor se deparará com a cópia em *fac-símile* de um documento, em versão integral, que consideramos de pouca circulação e especialmente ilustrativo das discussões do capítulo, ou de um aspecto em particular ali abordado. Mediante a disponibilização de um registro material, tornamos nossa narrativa mais inscrita no tempo vivido, de algum modo mais ancorada na experiência concreta dos agentes. Acreditamos, também, que a adição desse material possa tornar ainda mais estimulante a utilização da publicação nas atividades docentes.

Cabe-nos, para concluir esta introdução, agradecer às diversas instituições e pessoas que nos apoiaram ao longo dos trabalhos de elaboração desta obra. Agradecemos à Casa de Oswaldo Cruz e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, o CNPq, que mediante o Programa de Excelência em Pesquisa – PROEP propiciaram parte substancial dos recursos mobilizados. A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, a FAPERJ, também respondeu por parte dos recursos.

A adesão à proposta de trabalho original e o suporte da Direção da Casa de Oswaldo Cruz e da chefia do Departamento de Pesquisa em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz foram decisivos.

Manifestamos nosso agradecimento à equipe de pesquisadores que nos ajudou a construir os caminhos que foram percorridos em nossa investigação. Muito obrigado ao Marcos Cueto, à Gabriele Carvalho Freitas, à Thais Vidaurre Franco, à Fabiana Pinto e Vanessa Ferreira. Thaís, vale destacar, compartilhou conosco a elaboração do segundo capítulo. Temos igual gratidão à equipe da Biblioteca de História das Ciências e da Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz: Eliane Dias, Aline Gonçalves e Carlos Henrique Brito. Reconhecemos também o importante apoio da bibliotecária Deise Grigório (*in memoriam*), do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz).

Igualmente importante foi o apoio da equipe do Departamento de Arquivo e Documentação da COC/Fiocruz, chefiada em períodos sucessivos por Aline Lopes de Lacerda e Regina Marques.

Registramos a excelente acolhida da equipe do *Rockefeller Archive Center*, da Fundação Rockefeller, em Tarrytown, Nova York, bem como da *National Library of Medicine*, no *campus* do *National Institute of Health*, em Bethesda, Maryland, Estados Unidos.

Gostaríamos de agradecer igualmente à Afra Suassuna Fernandes, ao Armando Raggio, ao Antônio Carlile Lavor e ao José Carvalho de Noronha pelos elucidativos e generosos depoimentos que nos foram oferecidos ao longo do projeto. Kátia Edmundo, Ricardo de Mattos Russo Rafael e Maria Tereza Fonseca da Costa também nos ofereceram comentários preciosos, ainda que ligeiros.

Um agradecimento especial deve ser dirigido à equipe de professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF) da Universidade Estácio de Sá. Por muitos anos liderada pelo professor Hésio Cordeiro, ajudou a despertar e a disseminar o interesse pelo tema da Atenção Primária à Saúde. Ali, em uma iniciativa que transcorreu simultaneamente à elaboração desta obra realizamos em parceria com o PPGSF, em março de 2019, o Seminário Testemunho História da Atenção Primária à Saúde no Estado do Rio de Janeiro. Os debates travados com e entre os convidados enriqueceram a nossa reflexão e nos forneceram nuances preciosas que procuramos explorar na nossa narrativa.

Este livro vem a público em um período marcado por irreparáveis perdas e dores relacionadas à pandemia de Covid-19. A extensão e profundidade dessa tragédia nacional nos indigna e comove imensamente e o fará para sempre. Dedicamos essa obra, com enorme pesar, aos numerosos trabalhadores do SUS que perderam a vida no campo de batalha sanitário, aos seus familiares e amigos. E nos solidarizamos aos milhares de profissionais que, dia após dia, continuam a nos trazer esperança por dias melhores.