

## A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: UM PROCESSO TORTUOSO E INACABADO

Lucas Faial Soneghet<sup>1</sup>

Recebido em: 14/03/2023  
Aprovado em: 17/04/2023

Resenha do livro: PAIVA; Carlos Henrique Assunção; PIRES-ALVES, Fernando. **Atenção Primária à Saúde**: uma história brasileira. São Paulo: Hucitec Editora, 2021.

A história da Atenção Primária à Saúde (APS) é contada nesse livro por Carlos Henrique Assunção Paiva e Fernando Pires-Alves, em um esforço colossal para reunir e conectar marcos institucionais, legislativos e discursivos do processo de construção dessa forma de organização dos serviços de saúde. A reflexão conta não somente com um volumoso material analisado e uma cronologia detalhada, mas também com uma perspectiva única devido a três fatores. Primeiro, a Atenção Primária é vista como um longo processo caracterizado por acúmulo de saberes, diversas e por vezes frustradas experiências locais de organização dos serviços de saúde e mobilizações de atores interessados, em particular, os sanitaristas brasileiros. Assim, o livro afasta-se de leituras de escopo limitado que marcam a gênese da APS na Conferência de Alma-Ata em 1978 ou que nos programas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de Saúde da Família (PSF), ao considerar tais eventos como pontos de condensação, por assim dizer, dos fluxos que compõem a APS como conhecemos hoje. Quanto ao segundo fator, refiro-me a inclusão dos fatores internacionais relevantes na construção da APS no Brasil. Embora não seja especificidade dos autores, haja visto que outras narrativas ressaltam o papel das agências internacionais (AGUIAR, 2003; ALMEIDA, 2014), é a forma de abordagem que se revela como diferencial. O subtítulo “história brasileira” não significa nem uma miopia que impediria a contemplação da participação de organizações internacionais, nem uma ignorância quanto aos traços autóctones do fenômeno.

---

<sup>1</sup> Pós-doutorando Júnior CNPq (151805/2022-9) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE. E-mail: [lucas\\_faial@hotmail.com](mailto:lucas_faial@hotmail.com). ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2905-3395>.

Terceiro e último, o enquadramento de longo prazo e o compromisso com as especificidades do contexto brasileiro permitem que o tópico da APS apareça entrelaçado a outros processos sócio-históricos, como a formação do Estado nacional brasileiro e a construção da saúde como bem coletivo a ser gerido por instâncias públicas. Aqui, a proposta de traçar conexões numa trama histórica complexa (pg. 27) pode ser vista. Em vez de aglutinar os diversos avatares dos serviços básicos em saúde ao redor do mundo ou estabelecer cadeias causais simples, o livro retrata a APS como espécie de matriz organizacional e abordagem de cuidado em saúde enredada na trama das grandes transformações do século XX.

O livro concatena uma série de eventos, ideias e atores em ordem quase cronológica, dividindo-os em mais ou menos quatro grandes períodos: de 1920 a 1940, quando foram lançadas muitas bases discursivas e institucionais que fomentariam e impediriam o estabelecimento da APS no Brasil; de 1945 a 1964, quando experiências locais e nacionais em saúde pública, majoritariamente voltadas para pautas como desenvolvimento rural e contenção das epidemias, conviviam com a consolidação de um paradigma médico-hospitalar baseado no mercado de trabalho e em uma lógica privatista; de 1964, data da instauração do regime ditatorial civil-militar, até meados de 1980, quando mesmo sob efeitos de um governo autoritário anti-democrático, experiências locais de saúde comunitária informadas por princípios de atenção básica se articularam; e de 1980 em diante, período marcado pela redemocratização, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e a institucionalização e nacionalização da APS. No correr dos anos, diferentes prioridades e reformulações do ideário da Atenção Primária à Saúde são enunciadas: foco em populações vulneráveis, crítica a um modelo clínico, individualista e exclusivamente curativo na medicina, expansão dos serviços de saúde, elaboração de alternativas aos modelos de organização da saúde em países em desenvolvimento, formação de profissionais de saúde e da força de trabalho dedicada aos novos modelos de prestação de serviços, entre outras.

O capítulo 1 trata do período de 1930-1945, quando o Estado Brasileiro, ainda em vias de formação, passava por grandes transformações as quais estiveram diretamente relacionadas a um projeto de saúde pública (HOCHMAN, 1993). O Departamento Nacional de Saúde Pública, instituído em 1920, é um dos marcos institucionais elencados por haver sido construído sob uma fundação discursiva que, posteriormente, viria a ser arrolada sob o guarda-chuva da atenção básica em saúde: distritos sanitários, critérios territoriais e populacionais de organização e a presença de “visitadoras sanitárias”, agentes de saúde que visitariam os lares e orientariam a população a seguir certos preceitos higienistas da época. Ademais, as relações

tensas entre Estado centralizador e forças locais já se anunciava como dilema perene do processo de construção das políticas de saúde brasileiras.

Em termos do contexto mais amplo, as primeiras décadas do século XX passaram sob o espectro de problemas de saúde crescentes nas populações – agravada pela crise econômica da década de 1910, a recessão ocasionada pela Primeira Guerra Mundial, o início do processo de urbanização e industrialização, entre outros fatores – que assolavam principalmente as camadas mais pobres, enquanto o Brasil estava em meio a um feroz debate sobre a constituição moral e política da nação (GALVÃO, 2009; PONTE; KROPF; LIMA, 2010). A jovem república ainda não sabia o que era nem como haveria de se organizar a nível do aparato estatal, e as elites intelectuais, econômicas e políticas travavam relações tensas entre si buscando solucionar as mazelas da nação, à revelia e deliberadamente afastados das classes populares. Questões raciais, sem dúvida agravadas pela saída recente do regime escravocrata, e biológicas juntavam-se a questões culturais e socioeconômicas, transbordando soluções políticas das mais distintas (MAIO, 2010). O discurso higienista com ênfase nas epidemias rurais mostrou-se articulador de uma reforma administrativa que, enquanto colocava em movimento a consolidação do Estado nacional centralizador, dava lugar a iniciativas locais afastadas dos centros econômicos e políticos. Como exemplo, os autores apontam para a reforma dos serviços de saúde em São Paulo ocorridas ao longo da década de 1940 e em muito informada pela influência da Fundação Rockefeller. Este órgão internacional agia, a partir dos Estados Unidos, para formular novos modelos de organização da saúde pública através de convênios com governos nacionais ao redor do mundo. No Brasil, a Fundação se fez presente principalmente pela formação de uma geração de sanitaristas e profissionais de saúde paulistas orientados pelas doutrinas norte-americanas, as quais foram trazidas ao território nacional, mas não sem uma dose de adequação. O debate internacional, e também nacional, trouxe à baila o problema da formação de médicos a partir de uma outra orientação, menos curativa e mais preventiva, voltada à gestão de problemas de saúde a nível comunitário e familiar. Ainda nesse capítulo, ganha destaque a Reforma Capanema de 1934, que reconfigurou a organização da saúde pública, regionalizou as ações de saúde dando protagonismo aos centros de saúde e consagrou o modelo distrital. No entanto, as iniciativas impulsionadas pelos sanitaristas formados pela Fundação Rockefeller e a reforma administrativa trazida pelo ministro Gustavo Capanema não foram suficientes para estabelecer uma política de atenção primária à saúde de fôlego em todo o território.

O capítulo 2 dedicado ao período pós-Segunda Guerra Mundial (1945-1963) é marcado pela maior participação do Brasil em fóruns internacionais de saúde, pelo debate do desenvolvimento e pela divisão entre previdência médico-hospitalar e saúde pública. Em outra

publicação, os autores do livro caracterizam esse período pelo binômio “horror e esperança” (PIRES-ALVES; PAIVA, 2010). As ruínas do conflito mundial e o terrível legado do fascismo ainda pairavam enquanto o avanço tecnológico, responsável por tecnologias bélicas de extermínio massiva, abria caminhos para a assistência em saúde. Muitas organizações internacionais criadas na época tinham entre seus propósitos o combate aos efeitos deletérios da desigualdade social na saúde, ainda que os dois termos (desigualdade e saúde) fossem entendidos de maneiras variadas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foram criadas em 1948 e 1958, respectivamente, sendo a primeira proposta por um sanitarista brasileiro em conjunto com um diplomata chinês (pg. 92). A preocupação com temas “sociais” em países capitalistas europeus e norte-americanos mistura-se com a “crescente preocupação” com a presença crescente de movimentos operários e partidos socialistas (PIRES-ALVES; PAIVA, 2010, p. 155). Na América Latina, vivíamos sob a égide do “desenvolvimento”, essa cifra na qual condensou-se imenso e polifônico debate acerca das condições de vida das populações em países periféricos ou em desenvolvimento. No Brasil, sob a caneta de Juscelino Kubitschek, experimentamos mais um salto de industrialização e urbanização, sem mitigar, e por vezes agravando, problemas nas áreas rurais. Quanto às experiências locais que antecederam e prenunciaram a APS, os autores dão destaque ao Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado originalmente durante a guerra para bloquear o avanço de doenças infectocontagiosas em áreas do território nacional consideradas estratégicas para a exploração econômica e presença militar dos Estados Unidos. Finda a guerra, o SESP foi reformulado e ganhou as feições de um programa de administração sanitária distrital e integrado, baseado em “qualificação de pessoal, educação sanitária, construção de uma rede horizontal integrada e permanente de unidades de saúde e expansão pelos estados” (pg. 104). Tais áreas de atuação evocam imediatamente as diretrizes da atenção primária à saúde que viria a ser institucionalizada anos depois. Ao longo da década de 1950 e 1960, as preocupações com a prevenção de doenças e a contenção de epidemias nos segmentos mais vulneráveis da população dão lugar a uma nova retórica. O vínculo entre desenvolvimento socioeconômico e saúde é cada vez mais estabelecido na literatura especializada, de modo que o “sanitarismo desenvolvimentista” se firma no cenário nacional.

O capítulo 3, dedicado principalmente ao período de 1962 a 1979, mostra que a história da APS não é sem seus recuos. Um projeto de reforma da saúde a nível nacional parecia estar em curso no governo de João Goulart, até ser violentamente interrompido com a instauração do regime ditatorial militar em 1964. Durante os anos do regime, a dualidade institucional da saúde no Brasil foi reforçada, bem como cresceu o complexo industrial-médico-hospitalar acessado

principalmente pela parcela da população mais abastada. A nível internacional, o debate acerca da saúde nos países em desenvolvimento continua, contando com marcos como os documentos publicados pela OMS em 1973, um marco para a Atenção Primária, a colaboração entre a UNICEF e a OMS em 1974 e a tão celebrada Conferência de Alma-Ata em 1978. Não me detenho muito sobre esta última em concordância com a abordagem do livro. Não menos importante do que os grandes eventos, que de fato condensam muitas expectativas, ideias e atores relevantes, são as iniciativas locais no Brasil como o Projeto Montes Claros em Minas Gerais e o projeto do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) na Universidade de Campinas, ao longo da década de 1970. Pires-Alves e Paiva mostram que a APS pode ser melhor entendida se adotada uma perspectiva multinível e multidimensional: no nível local, pressões das populações nos municípios às quais gestores devem responder com iniciativas que guardam semelhança inegável com as ideias da atenção básica; no nível nacional, o arcabouço legado desde a década de 1930 não é desmontado mesmo em um clima político desfavorável e hostil; no nível internacional, o debate acerca da atenção básica e das necessidades de saúde básicas continua, ao passo que agências como a OMS e a UNICEF apoiam suas versões da atenção básica nos países em desenvolvimento.

Os capítulos 4 e 5 são melhor entendidos em conjunto. Englobando o início da década de 1980 até 2006, quando foi instaurada a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) é a tônica dos capítulos. Contudo, dois dispositivos legais tomam o centro do palco na história: o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o Programa Saúde de Família (PSF), mais tarde renomeado Estratégia Saúde de Família (ESF). Os autores apontam para os ACS e o PSF como antecedentes diretos da APS no Brasil, indicando as semelhanças quanto aos seus programas: medicina comunitária e familiar, focada nos problemas de saúde da população em um território, organização distrital, tecnologias e intervenções pouco complexas, prevenção e promoção da saúde, atuação como “porta de entrada” e organizadores de fluxo na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os agentes comunitários de saúde aparecem no Ceará no fim da década de 1970 a partir de iniciativas locais para lidar com as necessidades de famílias e crianças em situação de extrema vulnerabilidade. Seu crescimento e institucionalização nas próximas décadas exemplificam o tipo de mobilização municipalizada e descentralizada característico da atenção primária, bem como o enquadramento adotado pelos historiadores, que não ignoram a participação decisiva de atores não institucionais e da sociedade civil além das elites. O Programa Saúde de Família, instaurado formalmente em 1994 pelo Ministério da Saúde, fortaleceu a APS e serviu de alavanca para a inclusão dos agentes comunitários de saúde em uma política nacional de atenção básica. A nível

internacional, destaca-se o debate entre APS seletiva, apresentada e defendida por agências internacionais como a UNICEF como estratégia intermediária e provisória para expansão de serviços de saúde básicos para populações vulneráveis, e APS abrangente ou ampliada, proposta defendida pelos sanitaristas progressistas no Brasil que reivindicava uma política de atenção primária para toda a população, assentada em um conceito de saúde integral e universal. A diferença entre APS seletiva e ampliada pode ser entendida como a diferença entre uma postura alinhada às tendências neoliberais de ajuste fiscal da época, cujo intuito era implementar serviços menos custosos e em número restrito para populações em extrema vulnerabilidade, e uma postura que afirmava, do ponto de vista normativo, a validade de um projeto universal e integral, a despeito da possibilidade material imediata de sua concretização. Do lado da APS ampliada, critica-se o modelo seletivo por ser uma saúde “de pobre para pobre” que, portanto, nada fazia acerca dos determinantes sociais da saúde e eximia a sociedade e o Estado de se responsabilizar pela grande maioria mais pobre da população. Do lado da APS seletiva, critica-se o modelo ampliado por ser idealista e ignorar as possibilidades concretas de financiamento e manutenção de uma política de saúde realmente universal e integral.

O fim da narrativa todos já conhecemos. A APS foi instituída no SUS e é parte integrante de sua estratégia. No entanto, a tensão entre APS seletiva e APS ampliada permanece, ainda que transfigurada. Como notam os autores, a construção do SUS foi marcada por propostas diferentes e forças políticas em conflito. A onda neoliberal varria a Europa e os Estados Unidos e chegara à América Latina na forma de sanções e imposições de órgãos como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. Nos governos como o de Fernando Collor a palavra de ordem era a contenção de gastos. Como uma proposta de política de saúde universal e integral, baseada no controle e participação popular, cujo horizonte é a expansão dos serviços de saúde, pôde prosperar? A resposta não é simples, mas pode-se dizer que seu sucesso foi, no mínimo, parcial. Apesar de instituídos, o SUS e a APS no Brasil continuam subfinanciadas (MARQUES, 2017), dilaceradas entre o público e o privado (BAHIA; SCHEFFER, 2018) e sob ataque de governos autoritários de viés conservador (MENDES; CARNUT, 2020). Assim como no processo de sua formação contado nesse livro, a história recente da APS e sua sobrevivência hoje dependem de inúmeros fatores, dentre os quais não se pode ignorar a participação de movimentos sociais, tanto da sociedade civil quanto de profissionais de saúde, um clima político favorável e a cooperação com instâncias internacionais. Um perigo já anunciado nas décadas de 1970 e 1980 permanece vivo na forma de uma “confluência perversa” (DAGNINO, 2004) entre políticas progressistas e uma lógica neoliberal de contenção de gastos e desestruturação de suportes sociais e comunitários. Financiamento estável e apoio

governamental são apenas parte das condições para uma boa política de saúde. Como a história da APS mostra, é preciso um cenário político que fomente e valorize a participação popular, a cooperação a nível comunitário e a criação de novas soluções para problemas duradouros.

### Referências bibliográficas:

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2003.

ALMEIDA, Célia. O Banco Mundial e as Reformas Contemporâneas do setor saúde. *In*: PEREIRA, João Márcio Mendes; PRONKO, Marcela (Org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014, p. 183-232.

BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mario. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 158-171, 2018.

DAGNINO, Evelin. Construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa. **Política & Sociedade**, v. 3, n. 5, p. 139-164, 2004.

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930. **Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola da Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto**, p. 1-33, 2009.

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Revista estudos históricos**, v. 6, n. 11, p. 40-61, 1993.

MAIO, Marcos Chor. Raça, doença e saúde pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX. *In*: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (Org.). **Raça como questão: história, ciência e identidades no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010, p. 51-82.

MARQUES, Rosa Maria. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Planejamento e políticas públicas**, n. 49, p. 36-53, 2017.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Crise do capital, estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, p. 174-210, 2020.

PIRES-ALVES, Fernando A.; PAIVA, Carlos Henrique Assunção; FALLEIROS, Ialê. Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra. *In*: PONTE, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: A saúde no fio da história**. Rio de Janeiro. Fiocruz/EPSJV, 2010, p. 153-181.

PONTE, Carlos Fidélis; KROPF, Simone Petraglia; LIMA, Nísia Trindade. O sanitarismo (re)descobre o Brasil. *In*: PONTE, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: A saúde no fio da história**. Rio de Janeiro. Fiocruz/EPSJV, 2010, p. 153-181.

