



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

## Eixo temático: Política Social e Serviço Social

Sub-eixo: Seguridade Social – Políticas de Saúde, Políticas de Previdência Social,  
Políticas de Assistência Social

### DISPUTAS PELO MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO BRASIL: APROXIMAÇÕES COM A TEORIA DE GRAMSCI

ALEXANDRE JOSÉ DOS SANTOS<sup>1</sup>

#### RESUMO

O ensaio tem como objetivo identificar as concepções e disputas do modelo de APS no Brasil. Utiliza-se do método materialista histórico-dialético para realizar a pesquisa bibliográfica/documental. Identifica-se processos hegemônicos construídos pelos aparelhos privados de hegemonia através do consenso ou coerção, e contra-hegemônicos construídos pelos movimentos sociais de luta pela saúde pública.

**Palavras-chave:** Modelos de atenção primária à saúde; Aparelhos privados de hegemonia; Movimentos contra-hegemônicos; Brasil.

#### ABSTRACT

The essay aims to identify the conceptions and disputes of the PHC model in Brazil. The historical-dialectic materialist method is used to carry out bibliographic/documentary research. Hegemonic processes built by private hegemonic apparatuses through consensus or coercion are identified, and counter-hegemonic processes built by social movements fighting for public health

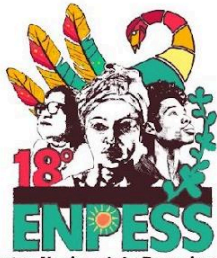
**Keywords:** Primary health care models; Private apparatuses of hegemony; Counter-hegemonic movements; Brazil.

#### 1. Introdução

A política de saúde no Brasil está posta em uma conjuntura de projetos em disputa: o de reforma sanitária, com ideais de saúde pensados de forma coletiva e ampliada, a partir dos determinantes sociais, econômicos e políticos, considerando os usuários do sistema de saúde como sujeitos integrais, atuando na defesa de direitos básicos e de emancipação da população,

---

<sup>1</sup> Universidade Federal de Pernambuco



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

entendendo saúde como direito de todos e dever do Estado; o de saúde privatista, ligado ao modo de produção capitalista, que atua a partir da lógica mercadológica e do modelo médico assistencial privado, com focalização da oferta de serviços baseada na política de ajustes fiscais, operacionalizado a partir de uma perspectiva de saúde curativista e biomédico centrada (Bravo, 2006; Soares, 2010; Bravo, 2019).

A partir da luta dos trabalhadores, usuários, entidades científicas da esfera da saúde e movimentos políticos que integraram o Movimento de Reforma Sanitária, muitos ideais deste movimento foram incorporados à Constituição Federal de 1988, que institucionalizou o Sistema Único de Saúde (SUS), pautado na a lógica político-emancipatória, rompendo com a racionalidade instrumental e burocrática que direcionava as ações no âmbito da saúde até então (Bravo, 2006; Soares, 2010; Bravo, 2019).

É neste contexto que a APS ganha destaque no Brasil, ainda no início dos anos 1990, a partir da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que em seguida virou Programa Saúde da Família e, anos depois, já no século XXI, torna-se Estratégia de Saúde da Família. A adoção da Saúde da Família como estratégia culminou em mudanças significativas no modelo de atenção à saúde disponível no nível primário do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável por significativos avanços nos níveis de saúde da população (Giovannella e Mendonça, 2012).

Contudo, apesar de todos os avanços conquistados, muitos ajustes estruturais entraram em curso na política de saúde, no SUS e na APS. Tais ajustes são idealizados pela hegemonia neoliberal, que intensifica a precarização e privatização dos serviços, favorece a ampliação restrita e focalizada, influencia a desmobilização dos espaços de participação social, bem como estimula o desfinanciamento do SUS (SOARES, 2010).

Na atualidade, os avanços alcançados no modelo de atenção à saúde direcionado à atenção primária são alvos de mudanças significativas, operacionalizadas no âmbito jurídico legal na forma de leis, normativas e protocolos que atingem o financiamento, o funcionamento dos serviços, o processo de trabalho das equipes e o modelo assistencial prestado à população usuária (Morosini, *et. al*, 2020; Mendonça *et al.*, 2023; Agostini e Castro, 2023) . Contudo, é possível perceber movimentos sociais que lutam por uma atenção primária à saúde de qualidade, pública, socialmente referenciada, movimentos sociais que vão de encontro a hegemonia neoliberal das deliberações voltadas para o âmbito da saúde.

Destarte, este estudo teve como objetivo identificar as concepções e disputas do modelo de atenção primária no Brasil, apontando as principais transformações no período recente. Além disso, iremos apontar a influência dos aparelhos privados de hegemonia no processo de transformação da política de saúde no Brasil, bem como, indicar os movimentos contra hegemônicos nesse processo.

O método de análise utilizado neste estudo foi o materialismo histórico dialético, que consiste na compreensão da realidade social a partir da totalidade, contradição e historicidade, através do desvelamento da aparência em busca da essência dos fenômenos apontados (Netto, 2011). O procedimento metodológico usado foi a pesquisa bibliográfica e documental, que teve como corpus as produções acadêmicas da área da saúde coletiva e as principais legislações direcionadas à APS no período recente.

No primeiro tópico deste estudo foram feitas aproximações sobre as concepções e as disputas do modelo de atenção primária à saúde no Brasil, apontando avanços e retrocessos na história recente; no segundo tópico foram feitas aproximações com o pensamento de Gramsci em relação a hegemonia, apontando a influência dos aparelhos privados de hegemonia no processo de contrarreforma na APS, bem como os movimentos que atuam sob uma perspectiva contra hegemônica às deliberações direcionadas ao campo da saúde e da APS, seguido das considerações finais.

## **2. Concepções e disputas dos modelos de atenção primária no Brasil e no Mundo: avanços e retrocessos na história recente**

Abordaremos neste tópico apresentaremos as determinações históricas, sociais e econômicas que determinam os conceitos de APS no Brasil e no mundo, considerando a reflexão a respeito das disputas relacionadas ao modelo de atenção e como estas disputas se encontram no cenário da política de saúde no Brasil.

A APS é lida como o primeiro nível de atenção estratégico em diversos sistemas de saúde pelo mundo, sobretudo no Pós II Guerra, e tem concepções e formas de organização que variam de acordo com as políticas públicas e com os modelos de proteção social de cada país. A APS foi usada como organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no Relatório de Dawson, em 1920. Alguns princípios contidos neste documento influenciaram sistemas de saúde ao redor do mundo, como a regionalização e a integralidade (Giovanella e Mendonça, 2012; Mendonça *et al.*, 2023).

No entanto, não existe uma uniformidade no uso da expressão Atenção Primária à Saúde, de forma que se apontam interpretações que variam entre: 1) programa focalizado e seletivo, com cesta básica de serviços; 2) nível de atenção ambulatorial médico não especializado de primeiro contato, incluindo ou não ações amplas de saúde; 3) como modelo de organização do sistema de saúde e 4) como uma filosofia que orienta processos de emancipação através do direito universal da saúde (Giovanella e Mendonça, 2012).

Neste sentido, verificam-se diferentes abordagens que variam de acordo com as deliberações políticas, sociais e econômicas dos Estados e a interpretação de seus líderes governamentais a respeito da APS, variando entre: 1) APS seletiva, conjunto restrito de serviços de saúde para população mais pauperizada; 2) primeiro nível de atenção, como um dos níveis de atenção do sistema de saúde, sendo a porta de entrada do sistema de saúde, mais comum em países da Europa; 3) APS abrangente de Alma-Ata, como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde; e 4) abordagem de saúde e de direitos humanos, como filosofia que permeia setores sociais e de saúde em busca de emancipação (Giovanella e Mendonça, 2012).

No cenário internacional a APS ganha novos contornos com a realização da Conferência Internacional de Alma Ata, que tratou sobre os cuidados primários em saúde e que culminou na Declaração Internacional de Alma Ata, em 1978. A partir deste evento, a APS passa a ser reconhecida como nível de atenção estratégico para os sistemas de saúde ao redor do mundo, pois redireciona para um modelo assistencial baseado na clínica ampliada e que entende a saúde a partir dos determinantes sociais, atuando através da promoção da saúde (Czeresnia, 2003; BUSS, 2003, Giovanella e Mendonça, 2012; Mendonça *et al.*, 2023).

Em contraste a esse avanço, surge na década de 1990 uma nova concepção conceitual de APS, opondo-se a concepção mais abrangente, surge com cariz seletivo, estimulada por organismos econômicos internacionais (Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial), que direciona um modelo de atenção focalizado e seletivo, para populações mais pauperizadas, ligado a uma proteção social e sistema de saúde mais restritivo, influenciados pela contrarreforma do Estado, com oferta de cesta de serviços para população (Mendonça *et al.*, 2023). Assim, as décadas de 1970 e 1990 marcam historicamente as principais formulações sobre os modelos de atenção primária.

Os conceitos ligados aos modelos de atenção primária são intrinsecamente influenciados pelas determinações sociais, políticas, ideológicas e econômicas do modo de produção capitalista. Vale destacar que o fim do século XIX é marcado por crises do sistema capitalista, que



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

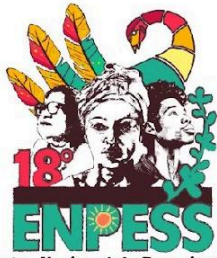
Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

determinaram transformações societárias, e redirecionaram o perfil do capitalismo, apresentando facetas nunca antes vistas. O neoliberalismo surge como alternativa para manutenção do sistema de exploração capitalista, que redimensiona os processos de produção material e as relações de trabalho, desregulamenta as relações comerciais e financeiras e privatiza os bens e serviços estatais (Andersen, 19965; Netto, 2012).

Neste sentido, a adoção da ideologia neoliberal tem influenciado na organização das políticas sociais de diversos países ao redor do mundo, em suas dimensões culturais, econômicas, sociais, políticas, ideológicas, que determina a organização dos diversos sistemas de saúde e dos modelos de atenção à saúde propostos e materializados pelos Estados. Contudo, tais modelos de saúde também são determinados pela capacidade de organização da classe trabalhadora na luta por direitos da população, revelando que tais transformações envolvem a totalidade das relações sociais, inseridas na sociabilidade capitalista (Paim, 2008; Netto, 2012; Giovanella e Mendonça, 2012).

Aprofundaremos como esse quadro se revela na política de saúde brasileira, com destaque para APS. A década de 1970 no Brasil foi marcada pelo regime ditatorial militar, onde a política era direcionada e comandada pela autocracia burguesa (Fernandes, 1975). Nesta época, a política de saúde no Brasil era baseada no modelo médico assistencial privatista, direcionando o acesso aos serviços de saúde apenas para pessoas com cobertura previdenciária, e para as pessoas que não eram economicamente ativas, restavam os serviços assistenciais filantrópicos como as Santas Casas de Misericórdia. O fim dos anos 1970 e o início dos anos 1980 é um período apontado pelo surgimento e fortalecimento de diversos movimentos sociais (PAIM, 2008). É a partir do processo de redemocratização e das mudanças políticas e econômicas que um novo modelo sanitário entra em curso na política de saúde no Brasil. Nesse contexto, surge no campo da saúde sujeitos políticos que lutavam por um modelo de atenção à saúde diferente do que estava colocado até então.

É ainda nos anos 1970 que surgem as primeiras iniciativas da medicina comunitária, encabeçadas por entidades acadêmicas e secretarias de saúde, que influenciaram a construção do programa de atenção primária seletiva, com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), além dos primeiros passos para o processo de municipalização da saúde. Foi a partir destes projetos que se gestam os primórdios do movimento sanitário, com o surgimento de grupos que integravam intelectuais acadêmicos articulados com partidos políticos de esquerda, “o movimento sanitário constituiu-se na base político-ideológica da reforma sanitária



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

brasileira”. Assim, nascem o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) ainda na metade da década de 1970, entidades que encabeçaram juntamente com trabalhadores e usuários o Movimento de Reforma Sanitária. Este movimento defendia uma concepção política de saúde de forma ampliada, a partir da determinação social do processo saúde-doença, considerando os sujeitos sociais de forma integral, defendendo direitos básicos para população, entendendo a saúde como direitos de todos e dever do Estado (PAIM, 2008).

A década de 1980 é o momento de retomada democrática brasileira, ainda que de forma lenta, com pouca efetividade e sem presença das massas, caracterizado por uma democracia restrita (Fernandes, 1975), mas também, marca um momento de fortalecimento e destaque político para os movimentos sociais, nestes, incluído o de reforma sanitária, que levou seus ideais para a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, com tema “Democracia é Saúde”, evento que contou pela primeira vez com a participação de diversas representações políticas, incluindo usuários do sistema de saúde, sendo um marco nacional do direito à saúde no Brasil.

Ainda nos anos 1980, temos a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), onde o modelo de atenção à saúde na APS teve como principal ação o trabalho com as famílias nas comunidades, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, que atingiu um grau de capilaridade antes nunca visto (Brasil, 2006; Paim, 2008). Após a sua institucionalização, o PACS passa por reformulações, tornando-se Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994. O PSF contribuiu para a redução da mortalidade infantil e materna, sobretudo nos estados das Regiões Norte e Nordeste, com extensão de ações e serviços de saúde ao longo dos territórios. Essa mudança teve como proposta a reorganização das práticas assistenciais em saúde, substituindo o modelo tradicional dispensado até então por um modelo que estivesse mais próximo das famílias e comunidades. É em 2006, com a promulgação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que o PSF torna-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), estratégia de atenção permanente na APS (Mitros, et al., 2023).

A adoção da ESF como principal modelo de atenção à saúde na APS pelo Estado brasileiro direcionou um modelo de atenção mais amplo, com capilaridade, a partir de políticas que favoreceram a implantação dos princípios e diretrizes do SUS (Mendonça *et al.*, 2023). Autores como Mitros (2023), Mendonça (2023), Giovanella (2012) apontam que a APS foi o nível de atenção que chegou mais próximo de consolidar os princípios e diretrizes do SUS, no sentido de universalizar e democratizar o acesso a rede de serviços, de forma que se materializou e se



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

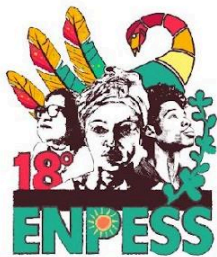
Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

consolidou a partir de um enfoque territorial e comunitário e com equipes multiprofissionais, trabalhando as dimensões individuais e coletivas do cuidado em saúde. Além disso, a adoção da ESF foi responsável por produzir diversas mudanças no modelo de atenção e na gestão do trabalho em saúde, com as equipes que trabalham nesse nível de atenção contribuindo para o alcance da resolutividade de necessidades de saúde dos territórios (Mendonça *et al.*, 2023). Destaca-se que durante a pandemia a APS teve papel fundamental no enfrentamento do Covid - 19, com diagnóstico, acompanhamento de casos leves, vigilância e estratégias de cuidado comunitário.

Entretanto, a partir de 2016 nota-se um aprofundamento das disputas no redirecionamento deste modelo de atenção à saúde, deixando de pautar-se em uma APS ampla, adensando ideais de uma APS seletiva, em um contexto marcado pela ascensão da extrema-direita no cenário político brasileiro, que privilegiou ações e serviços do setor privado na APS, fortalecido pelas contrarreformas de Estado - implementadas desde a década de 1990 com vistas a consolidação da hegemonia neoliberal, com ideal de privatização e mercantilização - agora direcionadas a APS, nível de atenção à saúde que até então não era o principal alvo dos avanços do neoliberalismo no SUS (Mendonça *et al.*, 2023) .

Esse processo de contrarreforma do Estado e nas políticas sociais se constrói a partir da ideia da crise do Estado, em uma visão particular e unilateral de crise (Behring, 2008). É principalmente a partir do fim do século XX que o neoliberalismo ganha força nos países periféricos. É com a instauração desse novo modelo econômico que se iniciam as variadas contrarreformas estabelecidas e em curso. A partir de uma observação mais ampliada, a partir das determinações macrosocietárias, da totalidade das relações sociais de produção, desvela-se que a contrarreforma das políticas sociais se dá como reação do sistema capitalista à suas crises cíclicas, que pressiona a refuncionalização do Estado (Behring, 2008). Em contexto de crise do capitalismo, as políticas sociais são alvos de privatização, precarização, mercantilização, desfinanciamento, etc. (Boschetti e Teixeira, 2019). Tais contrarreformas determinam a precarização dos serviços públicos, o desfinanciamento das ações e o retrocesso dos direitos conquistados, afetando diretamente a vida da classe trabalhadora (Behring, 2008).

As contrarreformas implementadas no Brasil nas últimas décadas, e agravadas a partir de 2016, que atingem diretamente a seguridade social, expressam a ofensiva capitalista em sua permanente busca por superlucros. Esses processos destrutivos dos direitos por meio da corrosão de seu financiamento constituem verdadeiros processos de expropriação dos direitos conquistados e favorecem enormemente a exploração de força de trabalho e a acumulação do capital (Boschetti e Teixeira, 2019, p. 94).



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

Apesar da ascensão dos movimentos sociais e das lutas pela redemocratização na década de 1980, que de alguma forma apontaram condições políticas e legitimidade para a transformação das políticas públicas, muitos impasses foram estabelecidos para essa materialização de forma veemente, de forma que, desde os anos 1990 até a atualidade, a realidade que se coloca no campo das políticas públicas é de contrarreformas e de obstaculização e redirecionamento das conquistas dos movimentos sociais da década de 1980, atingindo inclusive as condições políticas de organização da classe trabalhadora, através do aprofundamento do desemprego e da violência. (Behring e Boschetti, 2011).

Assim, no recente tempo histórico, podemos apontar que o processo de contrarreforma na saúde e na Atenção Primária é deflagrado com a Emenda Constitucional 95/2016 (EC - 95), conhecida como a PEC do Teto de Gastos, que limita gastos e investimentos com as políticas de saúde, educação, etc. influenciando os recursos direcionados a estas políticas. Além disso, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 reestrutura linhas de ação da APS quanto à organização dos serviços, a carga horária de equipes e o processo de trabalho, que direciona mudanças no cuidado em saúde (Morosini, *et. al.*, 2020; Mendonça, *et al.*, 2023).

A atualização da PNAB relativiza a universalidade do acesso aos serviços da APS, de forma que recomenda cobertura de 100% da população apenas em áreas de grande dispersão territorial e de alto risco e vulnerabilidade, segmentando ações de padrão essencial e ampliado. Ademais, desloca a estratégia de saúde da família como modelo prioritário de atenção, possibilitando a composição de equipes que direcionam para um padrão de atenção primária tradicional, fortalecendo a atenção baseada em queixa-conduta e desobriga a inserção de agentes comunitários de saúde nesses novos modelos de equipe (Morosini, *et. al.*, 2020; Mendonça, *et al.*, 2023).

As mudanças propostas pela nova PNAB podem ser verificadas na nomenclatura de equipes, na reestruturação dos serviços e nos instrumentos legais. Esse cenário se aprofunda em 2019 a partir de 3 eixos principais: financiamento, regulação e prestação de serviços (Mendonça *et al.*, 2023). No que concerne ao financiamento verifica-se o Programa Previne Brasil, que altera a lógica de financiamento da APS, extinguindo os PAB fixo e variável (Massuda, 2020; Morosini, *et. al.*, 2020; Mendonça, *et al.*, 2023; Mitros, *et al.*, 2023).

A aprovação deste novo modelo realiza-se a partir da construção do consenso de que este tipo de financiamento conduziria para uma maior autonomia dos gestores municipais no uso dos recursos advindos do governo federal, alcançaria grupos mais vulnerabilizados e garantiria maior



efetividade das ações e serviços da APS. O modelo de financiamento via repasse do PAB fixo e variável foi responsável por garantir a organização do SUS no nível local, onde o gestor definia a alocação de recursos considerando as iniquidades territoriais, de forma que o fim desse repasse torna-se um risco para manutenção do SUS local, em municípios de pequeno porte nas regiões mais afastadas dos grandes centros urbanos (Morosini, *et. al*, 2020; Agostini e Castro, 2023; Mendonça, et al., 2023; Mitros, et al., 2023).

O novo modelo proposto pelo Previner Brasil prevê pagamento de recursos a partir da capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. A capitação ponderada é calculada baseada na população cadastrada nas equipes de base, a partir da vulnerabilidade socioeconômica dessa população, da faixa etária e da classificação territorial no Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). Esta forma de direcionamento dos recursos tem ênfase na população cadastrada, fortalecendo um enfoque individual no processo saúde-doença, em detrimento da perspectiva territorial e comunitária, de forma que direciona recursos para populações mais vulneráveis, fortalecendo uma perspectiva de saúde pobre para pobres, focalizando a atenção (Morosini, *et. al*, 2020; Mendonça, et al., 2023).

Quando enfatiza as situações de vulnerabilidade denota-se uma ideia de equidade, mas no desvelamento aponta-se que os estudos realizados pelo IBGE não abrangem as diversas dimensões territoriais, desconsiderando assim os problemas territoriais locais, reverberando um caráter clínico biomédico centrado, de uma APS seletiva. O pagamento por desempenho enfatiza a lógica de monitoramento e resultado de ações, minorando a avaliação dos processos de trabalho, tendo indicadores de desempenho ligados a aspectos clínicos biomédicos, fortalecendo mais uma vez uma APS seletiva que desconsidera os determinantes sociais (Mendonça, et al., 2023).

Além disso, após a aprovação do Previner Brasil, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde lançou uma nota técnica que extingue o incentivo financeiro federal para composição e manutenção das equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), desmobilizando municípios a manter essa modalidade de equipe criada com intuito de ampliar o escopo de ações da APS, e que por muito tempo foi responsável por integrar saberes multiprofissionais no processo de trabalho da APS, apontando mais uma vez para a adoção de um modelo de APS seletiva (Morosini, *et. al*, 2020; Mendonça, et al., 2023).

Recentemente o governo federal através do Ministério da Saúde, retomou o investimento nas equipes multiprofissionais para APS, com nome de E-multi, às novas equipes podem adensar

novas especialidades profissionais. Salienta-se a importância da retomada do financiamento das equipes, mas é necessário fazer aproximações quanto ao processo de trabalho dessas equipes, de forma que não se institucionalize uma atenção multiprofissional ambulatorial especializada, baseada na APS seletiva.

Na regulação aponta-se para criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), serviço social autônomo, de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos (entidade privada com interesse público), criada visando a gestão da APS. Surge com justificativa de apoiar o Programa Médicos Pelo Brasil - substitui o Programa Mais Médicos -, mas que as atribuições vão além desta finalidade, sendo uma porta de entrada para a lógica privada na APS e no SUS. As atribuições se dão na prestação de serviços, ações de formação e qualificação profissional, pesquisa e extensão, tecnologias assistenciais e gestão (Morosini, *et. al.*, 2020; Mendonça, *et al.*, 2023).

Esta agência passou por recente readaptação através da Lei Nº 14621/2023, com uma nova nomenclatura Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS), agora responsável pela gestão do Programa Médicos pelo Brasil (PMPB), que prevê a formação de médicos especialistas em saúde da família para atuação no âmbito da APS, além de ser responsável por desenvolver políticas de atenção à saúde indígena nos diferentes níveis de atenção à saúde. Apesar da mudança na nomenclatura, a AGSUS tem o mesmo caráter da ADAPS, também se configurando como serviço social autônomo, de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, mas uma vez reverberando a desresponsabilização do poder público no desenvolvimento da política de saúde no Brasil, mediatizado por organizações de direito privado, com incentivo financeiro do Estado.

Em grande parte, a aprovação destas medidas não foi dialogada com as instâncias colegiadas de participação social na política de saúde. Além disso, tais mudanças e transformações revelam os interesses privatistas e mercadorizantes, compromete a responsabilidade sanitária pelo poder público e fere o compromisso do Estado com o direito à saúde. Neste sentido, verifica-se uma constante disputa e construção de consensos no que se refere ao modelo de APS no Brasil, com momentos de avanços e momentos de retrocessos, transitando entre ideais de uma APS seletiva e de uma APS ampla.

Aponta-se ainda que recentemente o governo federal retomou o investimento na estratégia da saúde da família, que, como já abordado acima, se construiu social e historicamente como modelo assistencial prioritário na atenção primária à saúde, foi responsável pela mudança no



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

modelo assistencial direcionado para este nível de atenção até então. Assim, o Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS Nº 3493, de 10 de Abril de 2024, que revoga o Previner Brasil e pactua uma nova metodologia de financiamento conjunto para o piso da APS no SUS, visando o fortalecimento da ESF e a retomada efetiva esta estratégia como prioridade para o SUS.

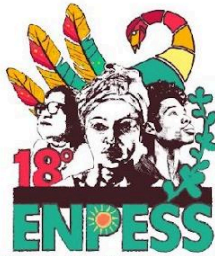
Neste sentido, a partir das mediações realizadas na pesquisa, revela-se que muitas propostas são apresentadas como solução para diversos problemas de gestão e de prestação de serviços de saúde pública, mas que no desvelamento da realidade apresentam-se como estratégias potenciais para acelerar o processo de privatização e mercantilização do SUS, renunciando seus princípios constitucionais e legais.

Verificam-se ainda movimentos que buscam construir uma contra-hegemonia aos ditames neoliberais, em movimentos como a Frente Nacional Contra Privatização da Saúde, e entidades ligadas à saúde pública com defesa da concepção ampliada de saúde, baseada no direito de cidadania da população, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

### **3. Aproximações analíticas com o pensamento de Gramsci: a categoria hegemonia e os aparelhos privados de hegemonia**

Apontaremos neste tópico as contribuições do filósofo marxista, escritor, teórico, historiador, entre tantas outras facetas de Antônio Gramsci (1891 - 1937), a respeito da categoria hegemonia e como esta pode contribuir para o entendimento das relações que determinam a política de saúde no Brasil, destacando o papel dos aparelhos privados de hegemonia e dos movimentos contra hegemônicos na saúde pública.

Destarte, ressaltamos que o pensamento Gramsciano tem como foco principal a política, abrangendo a totalidade social. Suas contribuições teóricas são direcionadas na análise de como a política se expressa nas relações culturais, ideológicas, intelectuais, inseridas na superestrutura, que para o autor, compreende um conjunto de contradições, onde a classe hegemônica desempenha sua dominação, através da coerção ou do consenso, com instrumentos culturais ou repressivos, para difundir a ideologia dominante (Vasconcelos, Schmaller, Silva, 2013). A obra do autor tem como fator principal a leitura da superestrutura, da política, da cultura, etc. inseridos no modo de produção capitalista, auxiliando na crítica de outras camadas do ser social, não só na esfera econômica (Coelho e Trugilho, 2019).



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

Assim suas contribuições nos permitem desvelar temas diversos, entendendo as relações estruturantes da sociedade, determinadas pela superestrutura. Em outras palavras, este autor nos revela através de sua análise política, que o poder em sua forma ampla atravessa não apenas as relações econômicas, mas engloba de igual modo as formas de pensar e agir do ser social, direcionando ontologicamente as orientações ideológicas e culturais da classe dominante nas relações sociais da totalidade.

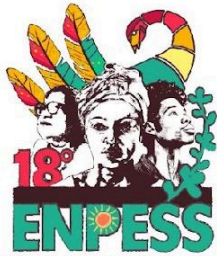
Sendo assim, neste estudo utilizamos as contribuições teóricas de Gramsci a respeito da categoria hegemonia. Este autor é considerado o teórico de base marxista que contribuiu de forma significativa nesta categoria. Porém, Gramsci indica que este conceito surge com Lênin, ainda que este nunca tenha falado diretamente sobre a categoria (Gruppi, 1978; Coutinho, 1992). Assim, para Gramsci (2017, p. 101) esse conceito aponta para,

O exercício “normal” da hegemonia, no terreno tornado clássico do regime parlamentar, caracteriza-se pela combinação da força e do consenso, que se equilibram de modo variado, sem que a força suplante em muito o consenso, mas, ao contrário, tentando fazer com que a força pareça apoiada no consenso da maioria, expresso pelos chamados órgãos de opinião pública - jornais e associações -, os quais, por isso, em certas situações, são artificialmente multiplicados.

Neste sentido, hegemonia para Gramsci identifica-se pela articulação realizada por determinado grupo social para domínio e subordinação de outro grupo social, fazendo com que o segundo siga e adote concepções, posicionamentos, ideologias e práticas do primeiro, ainda que essas determinações sejam divergentes de sua realidade prática. O objetivo é tornar uma classe ou grupo social dominante, através do consenso ou da coerção, nos campos políticos, culturais, sociais, morais, jurídicos, linguísticos, etc. Este conceito está totalmente imbricado com as relações de poder e de dominação, relacionando-se dialeticamente com as relações sociais do ser social (Spessoto e Lima, 2016).

Neste sentido, uma das discussões que envolvem a dominação hegemônica da classe dominante é relativa ao papel dos aparelhos privados de hegemonia. “A realização de um aparelho hegemônico, enquanto cria um novo terreno ideológico, determina uma reforma de consciências e dos métodos de conhecimento, é um fato de conhecimento, um fato filosófico.” (Gramsci, 1999, p. 320).

Os aparelhos privados de hegemonia são a vertebração da sociedade civil, e se constituem das instâncias associativas que, formalmente distintas da organização das empresas e das instituições estatais, apresentam-se como associatividade voluntária sob inúmeros formatos. Clubes, partidos, jornais, revistas, igrejas, entidades as mais diversas se implantam ou se reconfiguram a partir da própria complexificação da vida urbana capitalista e dos múltiplos sofrimentos, possibilidades e embates que dela derivam. Não são homogêneos em sua composição e se apresentam muitas vezes como totalmente descolados da organização econômico-política da vida social (Fontes, 2010, p.133).



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

Portanto, os aparelhos privados de hegemonia operam-se a partir do controle e da construção de consensos, através de um conjunto complexo e articulado de instituições, tais como escolas, igrejas, jornais e meios de comunicação, que operam nas classes não dominantes a subordinação, estruturando nestas classes a formação ideológica das classes dominantes.

Na relação que se estabelece amplamente entre o Estado e a sociedade civil, estes organismos se consolidam a partir da ocupação de espaços do Estado, bem como pela legislação e aparelhos coercitivos, direcionando ideologias impostas por frações das classes dominantes através da sociedade civil, corroborando através do Estado e seus aparelhos privados de hegemonia, de forma que o Estado torna-se “educador”, consolidando as visões de mundo das classes dominantes (Fontes, 2010).

Os APHs empresariais acendem mais facilmente a posições no Estado, inclusive modificando dispositivos legislativos, e dão caráter “estado-legal” a certas elaborações que, voltadas para áreas particulares, corporativas (no sentido de responderem a alguns setores específicos), tornam-se imposições da generalização de tais interesses, como se fosse interesses de todos (Fontes, 2020, p. 21).

Assim, os aparelhos privados de hegemonia se inserem na estrutura do Estado, de forma que operam mudanças legislativas que aparentemente convergem aos interesses de todos, mas no desvelamento da realidade privilegiam os interesses das classes dominantes. No âmbito das políticas sociais brasileiras, verifica-se que a intensificação da influência desses aparelhos, sobretudo a partir da década de 1990, no contexto de crise do sistema capitalista, que teve como marco o Consenso de Washington em 1989, que direciona um perfil econômico e político adensado aos ideais do neoliberalismo nos países de capitalismo dependente.

No Brasil esse processo se intensificou e ganhou legitimidade em 1995, a partir da criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado e a partir da elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Essas medidas tomadas pelo então presidente do Brasil, Fernando Collor de Mello, foram estimuladas pelo Banco Mundial, aparelho privado de hegemonia responsável pelas diversas reformas alavancadas nos países da América Latina.

Recentemente, podemos apontar como aparelhos privados de hegemonia, que representam os interesses das classes dominantes e dos setores privados da saúde no Brasil: a Federação Brasileira de Planos de Saúde e o Instituto Coalizão Saúde. Tais aparelhos influenciaram e tencionaram a disputa de projetos da saúde pública no Brasil, juntamente com o Banco Mundial e a Fundação Rockefeller. Estes organismos, nacionais e internacionais, estimularam o direcionamento da política de saúde no Brasil não só pelo viés do projeto privatista

da saúde - orientado pela lógica do mercado - como também ao projeto de Reforma Sanitária flexibilizada, que readequa a política de saúde aos interesses macroeconômicos do país, rebaixando a proposta inicial do movimento de reforma sanitária (Bravo *et. al*, 2020).

Assim, no governo Temer (2016 - 2019), além das medidas expostas no primeiro tópico deste artigo, verificam-se propostas de flexibilização do SUS, com discurso do então ministro da saúde, Ricardo Barros de que não seria possível manter os princípios do SUS, propondo os Planos Populares de Saúde, com diversificações deste plano a partir dos públicos alvo a serem atingidos (Bravo *et. al*, 2020).

No governo Bolsonaro as medidas tomadas aprofundaram a precarização do SUS, sobretudo na APS, influenciando o desfinanciamento e a descontinuidade de estratégias prioritárias neste nível de atenção do sistema. Além disso, o então ministro da economia, Paulo Guedes, propôs a criação de um *voucher* para as políticas de saúde e educação. Esta medida funcionaria como um vale saúde, entregue pelos usuários às empresas privadas que prestam serviços de saúde em troca de serviços de saúde básicos, como consultas de clínica geral (Bravo *et. al*, 2020)

Neste sentido, verifica-se que as propostas feitas pelos governos citados, estimulados pelos aparelhos privados de hegemonia nacionais e internacionais, convergem aos interesses privatistas na saúde.

Contudo, é possível apontar nesse cenário, sujeitos coletivos que lutam pela defesa da saúde como direito inalienável de todo cidadão e dever do Estado em seu cumprimento, como a Frente Nacional Contra Privatização da Saúde, movimento contra hegemônico que tem caráter anticapitalista, articulando nacionalmente com movimentos sociais, pautas para defesa de um SUS público, de qualidade, estatal e gratuito para todos, estimulando o projeto de Reforma Sanitária proposto nos primórdios do movimento na década de 1980 (Bravo *et. al*, 2020).

#### **4. Considerações finais**

As considerações apontadas neste estudo revelaram as disputas dos modelos de atenção primária à saúde no Brasil, historicizando e contextualizando as conjunturas políticas e sociais que influenciaram na construção de conceitos relacionados à APS, apontando as principais mudanças no tempo histórico recente que apontam para o processo de precarização deste nível de atenção.

Vale apontar que este cenário de precarização se arraiga no contexto de pandemia de Covid - 19, onde em sua maioria, as ações realizadas ao manejo da contaminação do vírus foram priorizadas na alta complexidade, com abertura de hospitais e leitos de UTI, em detrimento de



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

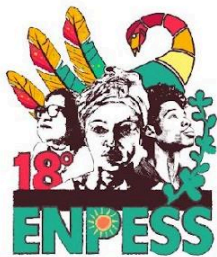
Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

ações realizadas na APS, como a vigilância em saúde e estratégias de promoção e educação em saúde.

As transformações que foram gestadas na política de saúde no Brasil foram estimuladas por diferentes aparelhos privados de hegemonia, que privilegiam interesses privados da saúde, reforçam um projeto de saúde que passeia entre o médico privatista, que ganhou legitimidade no período de ditadura militar, e o de reforma sanitária flexibilizada, que incorpora ideais do movimento de reforma sanitária de 1980, mas que ao mesmo tempo cede espaço aos interesses macroeconômicos. Assim, constroem-se consensos que apresentam tais mudanças como a melhoria do sistema e do acesso à população, mas no desvelamento da realidade aponta para o privilegiamento dos interesses privados na saúde. Verifica-se ainda movimentos contra hegemônicos que alinham-se ao projeto de reforma sanitária de 1980 e lutam em defesa de uma saúde pública, gratuita, de qualidade e socialmente referenciada, movimentos que precisam ser mais estimulados e ganhar maior notoriedade para tencionar mudanças no sentido de um SUS amplo ligado aos ideais de APS abrangente e de direitos humanos pensados em Alma-Ata, baseado no direito à saúde e aos processos de emancipação política.

## 5. Referências

- AGOSTINI, R. CASTRO, A. M. Utopia interdita: APS como antídoto contra a desdemocratização e a necropolítica neoliberal. Rio de Janeiro: Saúde em debate, v. 47, N. 136, p. 227-241, 2023.
- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs) Pós Neoliberalismo – As Políticas Sociais e o Estado Democrático. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1996.
- BEHRING, Elaine Rossetti. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Editora Cortez, 2a ed., 2008.
- BEHRING, E. R. BOSCHETTI, I. Política Social: fundamentos e história. São Paulo: Editora Cortez, 9a ed., 2011.
- BOSCHETTI, I. S. Teixeira, S. O. O draconiano ajuste fiscal no Brasil e a expropriação de direitos da seguridade social. In: SALVADOR, E. et al. (orgs) Crise do Capital e fundo público: implicações para o trabalho, os direitos e a política social. São Paulo: Editora Cortez, 2019.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2006.
- BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, et al (orgs.) Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Editora Cortez, 2006.
- BRAVO, M. I. S. et al. Avanço das contrarreformas na saúde na atualidade: o SUS totalmente submetido ao mercado. In: SALVADOR, E. et al. (orgs) Crise do Capital e fundo público: implicações para o trabalho, os direitos e a política social. São Paulo: Editora Cortez, 2019.
- BRAVO, M. I. S; PELAEZ, E. J; DE MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. SER Social, Brasília v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020.



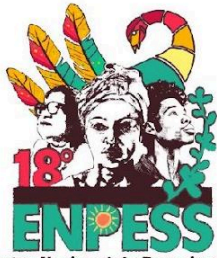
Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

- BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- COELHO, M. C. R; TRUGILHO, S. M. A hegemonia na mesa de negociação permanente do Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos pressupostos de Gramsci. *Lutas sociais*, São Paulo, v. 23, n. 42, p. 54 - 68, 2019.
- COUTINHO, C. 1992. Gramsci: um estudo sobre o seu pensamento político. Rio de Janeiro: Campus.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- FERNANDES, F. A revolução burguesa no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- FONTES, V. Capitalismo filantrópico? Múltiplos papéis dos aparelhos privados de hegemonia empresariais. *Marx e o Marxismo*, v. 8, n. 14, jan/jun 2020.
- FONTES, Virgínia O Brasil e o capital imperialismo: teoria e história. Rio de Janeiro: 2. ed. EPSJV/Editora UFRJ, 2010.
- GIOVANELLA, L., and MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 493-545. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0019>. Acesso em 23 de novembro de 2023.
- GRAMSCI, A. Cadernos do Cárcere. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.
- GRAMSCI, A. Cadernos do Cárcere. Volume 1: Introdução ao estudo da filosofia. A filosofia de Benedetto Croce: Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- GRUPPI, L. 1978. O conceito de hegemonia em Gramsci. Rio de Janeiro: Graal.
- MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4):1181-1188, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>>. Acesso em 04 de janeiro de 2024.
- MENDONÇA, F. F, LIMA, L. D, PEREIRA, A. M. M, MARTINS, C. P. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia de Saúde da Família. *Rio de Janeiro: Saúde em debate*, v. 47, n. 137, p. 13-30, 2023.
- MITROS, V. M. S, ROCHA, R. N, COSTA, N. G. S, SILVA, M. R. F, MOTA, M. V, ARAÚJO, C. E. L. Mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde: consensos e contestações em espaços deliberativos do SUS. *Rio de Janeiro: Saúde em debate*, v. 47, n. 138, p. 444-461, 2023.
- MOROSINI, M. V. G. C. et al. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad. Saúde Pública*, 2020. Disponível em: <doi: 10.1590/0102-311X00040220> Acesso em 05 de dezembro de 2024.
- NETTO, J. P. Crise do capital e consequências societárias. São Paulo: Serviço Social e Sociedade, n. 111, p. 413-429, 2012.
- PAIM, JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- SPESSOTO, M. M. R. L; LIMA, S. E. Gramsci: Conceitos Básicos. *Perspectivas em diálogo: Revista de Educação e Sociedade*. Naviraí, v. 3, n. 6, p. 104-120, 2016.
- VASCONCELOS, K. E. L, SCHMALLER, V. P. V, SILVA, M. C. (Re)visitando Gramsci: considerações sobre Estado e o Poder. *Revista Katálises, Florianópolis*, v. 16, n. 1, p. 82-90, 2013.





Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

---

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

SOARES, R. C. A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje: impactos e demandas ao serviço social. 2010. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9499>> Acesso em 25 de dezembro de 2023.