



Serviço social, território e atenção primária à saúde: viabilidades ao trabalho profissional

Social work, territory and primary health care: feasibilities to the professional work

Leonardo Diego da Silva Silveira*

ID <https://orcid.org/0000-0001-5251-5020>

Edla Hoffmann**

ID <https://orcid.org/0000-0003-3431-9688>

RESUMO

O presente artigo tem o objetivo de contribuir com as discussões acerca do trabalho profissional dos/as assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde, particularizando o território nesse nível de atenção. Dessa maneira, pretende-se elucidar sobre as viabilidades existentes ao trabalho profissional de assistentes sociais nos territórios produzidos para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde na atenção primária. O artigo fundamenta-se no materialismo histórico-dialético e é resultado de estudo qualitativo, mediante a realização de pesquisa bibliográfica e documental, além de recorte empírico realizado com assistentes sociais trabalhadores/as de unidades básicas de saúde do município de Mossoró, Rio Grande do Norte, os/as quais responderam um questionário digital e participaram de entrevistas semiestruturadas. Logo, evidenciam-se algumas possibilidades ao trabalho profissional nos territórios da atenção primária à saúde, com destaque para as ações socioeducativas de educação em saúde e/ou educação popular em saúde, articulações intersetoriais e interprofissionais, ações de mobilização, participação e controle social etc., que potencializam o trabalho crítico, emancipatório e comprometido dos/as assistentes sociais com as pautas em defesa da classe trabalhadora.

PALAVRAS-CHAVE

Trabalho dos/as assistentes sociais; Território; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

This article aims to contribute to discussions about the professional work of social workers in Primary Health Care, particularizing the territory at this level of care. In this way, we intend to elucidate the existing viability

*Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN, Natal, Brasil). Doutorando em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN, Natal, Brasil). E-mail: leonardodiego_@hotmail.com

**Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS, Porto Alegre, Brasil). Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN, Natal, Brasil). E-mail: edla.hoffmann@ufrn.br

DOI 10.22422/temporalis.2025v25n49p377-397

of the professional work of social workers in the territories produced for the development of health actions and services in primary care. The article is based on historical-dialectical materialism and is the result of a qualitative study, through bibliographical and documentary research, in addition to empirical research carried out with social workers working at basic health units in the municipality of Mossoró – Rio Grande do Norte, who answered a digital questionnaire and participated in semi-structured interviews. Therefore, some possibilities for professional work in primary health care territories are evident, with emphasis on socio-educational actions in health education and/or popular health education, intersectoral and interprofessional articulations, mobilization, participation and social control actions, etc., which enhance the critical, emancipatory and committed work of social workers with the guidelines in defense of the working class.

KEYWORDS

Social Workers work; Territory; Primary health care.

Introdução

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o nível inicial de acesso ao cuidado, preconizada como aquela de maior capilaridade e amplitude. É responsável por um conjunto de ações de saúde, sejam individuais, familiares e/ou coletivas, que abrange a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, além dos cuidados paliativos e de vigilância em saúde (Brasil, 2017). Os serviços são organizados por meio de práticas de cuidado integrado, a cargo de equipe multiprofissional e são destinados à população em território definido, sobre o qual as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017).

Nesta prestação de serviços de saúde, prevê-se a participação de trabalhadores/as e usuários/as na definição das estratégias, em cada território, em consonância com as orientações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e com os princípios e diretrizes do SUS. À APS cabe a responsabilidade de coordenar, ordenar e organizar o fluxo dos/as usuários/as nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo a principal porta de entrada aos serviços (Brasil, 2017). A partir dos territórios de abrangência efetiva-se a formação das equipes profissionais, sendo fundamental as atribuições de cada profissional no estabelecimento do vínculo e na coordenação do fluxo, agindo no sentido de assegurar o processo de referência e contrarreferência, em benefício de uma atenção integral e continuada à saúde.

Dessa forma, as ações e serviços de saúde na APS são organizados mediante uma base territorial delimitada geograficamente, ou seja, são efetuados com base em diferentes territórios de uma região ou município, os quais exprimem demandas distintas, conforme suas realidades sanitárias. O território, então, é um elemento imprescindível para a organização e desenvolvimento dos processos de trabalho em saúde na APS. Para determinados/as autores/as, a territorialização desse nível de atenção se constitui um dos fundamentos da Estratégia de Saúde da Família (Sucupira, 2003; Santos; Rigotto, 2010; Justo *et al.*, 2017), podendo contribuir para apreender sobre os diferentes elementos da área e da comunidade, no intuito de identificar os problemas e necessidades de uma coletividade e, ainda, para conhecer o perfil social, econômico, cultural, demográfico e epidemiológico da população.

Assim, o território, por ser um lugar com limites definidos onde as pessoas vivem, trabalham, circulam e se divertem (Santos, 2006), é o espaço em que se produz e reproduz

a dimensão da vida social. Nesses territórios, manifestam-se as expressões do desenvolvimento da sociabilidade, pautada na tônica do modo de produção capitalista, que tem como objetivo a acumulação da riqueza socialmente produzida através da apropriação da mais-valia. Assim sendo, um dos resultados do desenvolvimento da atual sociabilidade é o recrudescimento da “questão social” em suas múltiplas determinações, com repercussões sobre a vida dos sujeitos nos diferentes territórios pelo País.

Nesse ponto de vista, os/as assistentes sociais são profissionais que possuem como objeto de trabalho as diferentes manifestações da “questão social”, experimentadas pelos indivíduos no trabalho, na família, na área habitacional, na assistência social, na saúde, na educação e em outras esferas da sociedade (Iamamoto, 2015a).

Na política de saúde, considerando a situação socioeconômica de grande parte da população brasileira, além da perspectiva de atenção à saúde baseada na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação no âmbito do SUS, o trabalho do/a assistente social, particularmente nos territórios em que são objetivados os serviços da APS, revela-se de fundamental importância. Visto que, no cotidiano desses territórios estão situadas as expressões mais profundas da desigualdade social na sociabilidade capitalista, as quais se manifestam de diferentes maneiras sobre a vida de milhões de brasileiros/as, o que suscita requisições profissionais para os/as assistentes sociais na perspectiva de contribuir “no conjunto das práticas sociais acionado pelas classes e mediadas pelo Estado em face das ‘sequelas’ da questão social” (Iamamoto, 2009, p. 11, grifo do autor).

Nesse cenário se aprofundam expressões de violência, preconceito, discriminação, opressões de classe, raça/etnia, gênero, além da pobreza, desigualdade, falta e/ou precário acesso à moradia, ao lazer, à alimentação, à cultura, ao trabalho, entre outras. Tais elementos aprofundam a “questão social” no País e são resultantes dos processos contraditórios de extração da mais-valia e acumulação, sem precedentes, da produção da riqueza socialmente gerada pelo trabalho coletivo desempenhado pela classe trabalhadora.

O trabalho dos/as assistentes sociais tem possibilitado contribuições importantes na divisão social e técnica do trabalho, sobretudo, na prestação de serviços à classe trabalhadora nos diferentes espaços em que se inserem na sociedade, mesmo com a existência das distintas contradições permeadas pela relação capital-trabalho. No âmbito da profissão, o trabalho dos/as assistentes sociais se justifica socialmente por meio da intervenção nas expressões da “questão social”, o que revela sua importância para a sociedade, mediado para a garantia dos direitos via políticas sociais e melhoria das condições de vida dos/as usuários dos serviços. Ademais, se revela como uma esfera importante para o conjunto das entidades representativas da profissão, as quais têm pautado orientações, normativas, fiscalizações e a defesa veemente de um trabalho crítico e comprometido, articulando-se as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, na direção emancipatória.

Diante do exposto, objetiva-se neste artigo contribuir com as discussões sobre o trabalho profissional dos/as assistentes sociais nos territórios delineados para a prestação de ações e serviços na atenção primária à saúde. Portanto, apresenta-se uma parte dos resultados alcançados na pesquisa intitulada “O trabalho dos/as assistentes sociais nos territórios da

atenção primária à saúde”, desenvolvida em nível de pós-graduação stricto sensu, que teve como objetivo analisar o trabalho de assistentes sociais nos territórios desse nível de atenção à saúde, com recorte empírico realizado com trabalhadores/as assistentes sociais inseridos/as em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Mossoró, Rio Grande do Norte¹.

O estudo foi motivado pelas inquietações gestadas durante a vivência como residente em Serviço Social em um programa de residência multiprofissional em atenção básica. A experiência como residente permitiu uma aproximação com o objeto de estudo, todavia, dada a ausência de relação entre preceptoria de Serviço Social e residente assistente social, aguçaram-se os sentidos e inquietações sobre o trabalho profissional de assistentes sociais nos territórios da atenção primária à saúde. Logo, buscou-se uma realidade empírica que dispusesse de profissionais assistentes sociais nas UBS e, em seguida, a proposição de investigação no mestrado acadêmico, culminando com a pesquisa mencionada.

Embásado no materialismo histórico-dialético, o artigo em tela é resultado de um estudo qualitativo, onde foi realizado pesquisa bibliográfica, documental e de campo. A pesquisa bibliográfica fundamentou teoricamente o objeto de estudo (Lima; Mioto, 2007), a partir de leituras e estudos em livros, e-books e artigos científicos que discutiam sobre o trabalho dos/as assistentes sociais, atenção primária à saúde e território, categorias centrais da pesquisa. Concomitantemente, realizou-se análise documental em documentos, portarias, legislações, decretos entre outros documentos pertinentes ao tema.

Por sua vez, a pesquisa de campo foi realizada com os/as assistentes sociais trabalhadores/as das Unidades Básicas de Saúde do município de Mossoró/RN, excluindo da amostra aqueles/as em afastamento ou licença, exonerados/as, removidos/as, remanejados/as para outros tipos de serviços, readaptados/as, além dos/as residentes multiprofissionais em saúde. A coleta de dados privilegiou como instrumentos o questionário digital e a entrevista semiestruturada.

O questionário foi disponibilizado por meio da plataforma google formulários e enviado para 26 profissionais, com retorno de 15 assistentes sociais. O roteiro elaborado continha questões objetivas e discursivas, cujo teor foi direcionado para a identificação do perfil dos/as participantes do estudo, da opinião dos/as profissionais sobre a categoria território na APS, além de aspectos sobre o trabalho desenvolvido pelos/as profissionais nos territórios das UBS.

A partir das respostas obtidas pelo questionário, delimitou-se, através de técnica de amostragem não-probabilística intencional, o quantitativo de cinco assistentes sociais para a participação de uma entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas e sua realização ocorreu presencialmente em cada uma das UBS em que trabalham os/as profissionais assistentes sociais delimitados/as para essa etapa do estudo. Participaram da pesquisa os/as assistentes sociais lotados/as em Unidades Básicas de Saúde de todas as regiões administrativas do município. Os/as participantes assinaram o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) e aqueles/as que participaram das entrevistas assinaram o Termo de Autorização para a Gravação de Voz (TAGV). A coleta de dados de

¹ Importante destacar que a pesquisa teve apoio parcial da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - código de financiamento 001.

campo foi realizada no primeiro semestre de 2021 e os dados obtidos foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, que subsidiou o processo de apreciação e efetivação das pré-análises, na exploração das categorias temáticas e na interpretação das informações coletadas.

Este estudo observou atentamente o cumprimento das questões éticas e técnicas no que diz respeito ao sigilo, privacidade e anonimato dos/as assistentes sociais participantes da pesquisa. Seguiu as orientações da resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CAAE 39249520.1.0000.5292). Ademais, para garantir e preservar o anonimato dos/as participantes do estudo no corpo do texto, utilizou-se o termo “assistente social”, seguido de um nome de cidade.

Para melhor organização do texto, o artigo divide-se em três partes, além desta introdução. Primeiro, discute-se sobre a categoria território na política de saúde brasileira e sua apreensão na atenção primária. Em seguida, apresentam-se os resultados da pesquisa sobre algumas viabilidades existentes ao trabalho profissional dos/as assistentes sociais nos territórios designados para o desenvolvimento das ações e serviços na Atenção Primária à Saúde. Por fim, são apontadas as considerações finais com o desfecho do estudo.

O território na política saúde brasileira e sua apreensão na atenção primária

A terminologia que o território apresenta carrega consigo uma conotação de múltiplas significações. Sua concepção, enquanto uma categoria de análise, tem assumido diferentes percepções e posicionamentos na sociabilidade contemporânea, que se diversificam de acordo com quem a utiliza, como a utiliza, tal como materializa sua aplicabilidade. Logo, o termo contém uma dimensão histórica, o qual se apresenta como uma categoria de grande complexidade na sociedade atual.

O território enseja, primordialmente, um termo que possui uma aproximação com aspectos da geografia, em especial a geografia física. Porém, o território é mais do que um lócus, no sentido de definição física de um lugar. Suas características transcendem o aspecto estático, como o de um endereço ou uma denominação (ainda que estes façam parte do território), para alcançar elementos em torno de vivências, significados e relações sociais que constroem identidades individuais e coletivas (Sposati, 2013).

Assim sendo, o território em que vivem os homens e mulheres precisa ser entendido como algo para além de um pedaço de chão e/ou terra, lócus de moradias e depositários finais de eventos. O território necessita ser compreendido como lugar de produção e reprodução social, de diálogos, de interações, de intercâmbios materiais, simbólicos e de convivência entre pessoas, isto é, como um lugar em que se manifesta toda forma de vida social cotidiana (Gondim; Monken, 2018).

A categoria território tem ocupado espaço de discussão nos mais diversos campos de conhecimento que vão variar desde a geografia, perpassando pelos campos da sociologia, antropologia, economia política, saúde pública, dentre outros. De acordo com Gondim e Monken (2018), a apropriação e o uso da categoria território na saúde pública tem se dado

para contribuir com elementos contextuais que conformam o processo saúde-doença, além de fornecer subsídios para agregar à organização da rede de serviços e a estruturação do cuidado em saúde.

Em terras brasileiras, o território como elemento do trabalho em saúde acompanhou de forma próxima o movimento socio-histórico de conformação das ações de Atenção Primária à Saúde (APS). Ressalta-se que a influência da APS no Brasil propiciou processos de usos dos territórios nos serviços de saúde pautados perante os centros de saúde com atendimento local, por meio de equipe multiprofissional, com ênfase em práticas de educação sanitária e promoção da saúde desenvolvidas por visitadores sanitários (Gondim; Monken, 2018). Dessa forma, a apropriação da categoria território pelo setor saúde ocorrerá, gradualmente, diante da implantação das unidades de saúde localizadas em distintos espaços, sejam eles urbanos e/ou rurais.

Outrossim, a categoria território esteve presente nas orientações em torno dos relatórios Dawson (1920), da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata (1978), como também de algumas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) anteriores a criação do SUS no Brasil, como exemplo da 3^a CNS em 1963, além de fazer parte das diretrizes fundamentais da construção do SUS no país.

A partir da criação do SUS e sua implementação através das Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990), o território tornou-se um elemento imprescindível para organização e desenvolvimento dos serviços e dos processos de trabalho em saúde no país, sobretudo, no nível da APS. A criação e efetivação do SUS — fruto de lutas sociais em busca da garantia do direito ao acesso universal à saúde, que teve fundamental envolvimento do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), entre outros movimentos sociais, sindicais e populares — proporcionou à materialização no campo formal do direito de cidadania ao acesso às ações e serviços de saúde de forma gratuita, universal e integral.

Um dos princípios organizativos do SUS que enfatiza a categoria território e sua importância na política saúde brasileira é o princípio de regionalização, sobretudo, com maior ênfase nos documentos normativos da saúde durante os anos 2000. Especificamente, nos documentos expressos pelo Pacto pela Saúde (2006), em sua dimensão do Pacto pela Gestão do SUS; na formulação e definição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e suas eventuais reformulações; e no Decreto 7.508/2011. Ambas as legislações trazem repercussões sobre a categoria território na política de saúde, ao mencioná-la como um elemento organizativo para o trabalho na Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, o território, considerado um espaço vivo capaz de produzir saúde, tornou-se o foco das ações e serviços na política de saúde, de forma especial, no nível da APS (Sodré, 2010).

Destarte, o território na APS se apresenta como uma categoria central para a organização e execução das ações e serviços na política de saúde brasileira. Nesse sentido, o território nesse nível de atenção à saúde:

[...] constitui um espaço delimitado, produzido pela sociedade e apropriado por população específica, no qual existem múltiplos objetos geográficos (naturais e construídos), atores sociais — pessoas (indivíduos e grupos) e instituições —,

relações (fluxos) e poderes diversos. Essa concepção de território permite situar o potencial explicativo do termo para uso nos serviços e incorporar elementos constitutivos do espaço no cotidiano das práticas de APS para consecução de seus atributos (Gondim; Monken, 2018, p. 160).

De acordo com esses/as autores, o território é o campo de excelência de atuação da APS e das equipes de Estratégia de Saúde da Família. Para eles/as, o trabalho em saúde nesse nível de atenção tem como prerrogativa a noção de base territorial, em que a premissa central é a noção de “fazer falar” o território. À vista disso, ao “dar voz” ao território torna-se possível apreender sobre os diferentes usos numa coletividade, sobre o cotidiano da vida dos sujeitos e os diferentes contextos de saúde que estão situados nas dinâmicas espaciais em que vivem e se relacionam. A apreensão disso, portanto, permite elucidar direcionamentos para produção do cuidado em saúde de acordo com cada realidade territorial e sanitária.

A noção de “fala” que o território pode produzir foi relatada nos achados empíricos da pesquisa, de acordo com o relato dos/as profissionais:

Ele é importante [o território] para que a gente tenha um diagnóstico da nossa área, para a gente conseguir elaborar as políticas mais apropriadas para aquela situação. É onde a gente pode planejar as nossas atividades, é onde a gente conhece, inclusive, as doenças, o porquê de estar tendo incidência de determinada doença nessa área, o que está acontecendo, articular com outros setores como a vigilância, por exemplo, para fazer uma parceria para a gente poder fazer uma atividade. São essas articulações. É conhecer para poder trabalhar de uma forma mais acertada, mais direcionada. Porque os territórios são diferentes. Cada um apresenta suas demandas (assistente social Lisboa).

[...] a unidade está localizada num determinado território e existe uma população em volta, há um conjunto de pessoas, há figuras, há entidades. Então a atenção básica, a unidade, tem que conversar com essas pessoas, com esses sujeitos. E você que está na atenção básica, tem que conhecer o seu território. Qual a singularidade, o que simboliza esse território. Eu percebo aqui, que esse território onde a gente está inserido tem um diferencial. Ele tem uma característica que é diferente do território de outras unidades mais centrais. Então, aqui a gente tem nossas singularidades, nossas particularidades. A gente tem que estar conversando, tem que estar conhecendo esse território [...] você tem que conhecer para propor propostas e soluções, para que essas demandas sejam solucionadas, amenizadas, ou de qualquer forma, tenham uma resposta (assistente social Roma).

Segundo os relatos dos/as assistentes sociais entrevistados/as, identifica-se que ao “dar voz” ao território se evidenciam particularidades sobre suas formações que permitem diferenciá-los, pois cada um possui determinações e condicionalidades que influenciam a dinâmica populacional e suas maneiras de produzir cuidado em saúde. Dessa maneira, o que ocorre em um território, pode não ser o mesmo ocorrido noutro.

Os diferentes e desiguais desenvolvimentos da formação do espaço territorial pressupõe distintas formas de reprodução de condições relacionadas à vida, à saúde e ao adoecimento. Deste modo, as condições de vida e situação de saúde da população que vive diante dos territórios interferem diretamente para a determinação social do processo saúde-doença (Gondim; Monken, 2018).

Assim, comprehende-se que o território possui uma dimensão complexa na reprodução social, que atravessa costumes e subjetividades em uma determinada localidade ou segmento populacional. Por ser um espaço que está em constante movimento, com distintas interações, o território se torna um elemento vivo, e o seu uso (Santos, 1998) pelos sujeitos conforma a formulação de identidades e particularidades diferentes em cada realidade regional.

No contexto do SUS, é necessário que o território seja considerado em sua totalidade, como uma categoria para além de um instrumento político-administrativo, conferindo-o como um elemento de alta capilaridade e densidade social e epidemiológica, além de uma categoria necessária para a implementação da democratização da saúde (Monken et al., 2008).

À vista disso, concorda-se com Gondim et al. (2008) de que o território é muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é onde se verifica as interações, relações sociais em uma coletividade. É onde se vive uma população específica, em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para sua resolução devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais e gestores/as das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde (Gondim et al., 2008).

O território em si, não deve ser reduzido apenas aos aspectos geográficos físicos delimitados por determinados pontos, uma vez que transcende as características geográficas de superfície-solo para se instituir como um elemento de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados, de projetos e sonhos distintos. Segundo Abreu (2016), o território precisa ser apreendido de forma crítica, dinâmica, reflexiva, e não como um instrumental tecnocrático de execução da política social, com conteúdo instrumentalista e conservador. Por outro lado, segundo Alves, Lanza e Amaral (2018), é essencial desenhar o território por suas relações de poder, sua história, a vida cotidiana e sua capacidade protetiva consubstanciada na oferta de políticas sociais. Sendo assim, para os/as referidos os/as autores/as, é a partir desses elementos, somado à história e às lutas, que se possibilita elucidar o território como um campo potente para a capacidade protetiva e a garantia de direitos.

Portanto, a formação de territórios para a objetivação do trabalho em saúde no contexto da APS é encorpada de possibilidades para o desempenho de competências e habilidades profissionais dos/as diferentes trabalhadores/as que despendem sua força de trabalho na política de saúde, inclusive, dos/as profissionais assistentes sociais. Sem perspectiva de esgotamento do debate, no próximo item, são discutidas algumas viabilidades existentes² ao trabalho profissional dos/as assistentes sociais nos territórios no âmbito da APS.

O trabalho dos/as assistentes sociais nos territórios da atenção primária à saúde: viabilidades ao trabalho profissional

A materialização do trabalho profissional com ênfase nos diferentes territórios das Unidades de Saúde da Família e/ou Unidades Básicas de Saúde que compõem a APS nos

² Neste artigo, convém destacar a utilização do termo viabilidade como sinônimo da palavra possibilidade. Assim, ressalta-se que o termo viabilidades é usado para denotar as possibilidades que existem para a objetivação do trabalho profissional dos/as assistentes sociais nos territórios da APS.

municípios pressupõe o desenvolvimento de estratégias, ações e serviços para além do espaço institucional de saúde constituído em determinada localidade nas comunidades, bairros e áreas urbanas ou rurais.

Dessa forma, não se rejeita a importância e a necessidade de desenvolver serviços nos espaços e instalações institucionais construídas para a objetivação da produção do cuidado em saúde. No entanto, aponta-se na direção do alargamento das possibilidades de apreensão dos elementos em torno das vivências, singularidades e particularidades da vida dos sujeitos sociais nos territórios, os quais podem contribuir com o trabalho pautado na promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, vigilância, logo, elementos centrais ao trabalho profissional dos/as profissionais de saúde na atenção primária.

Outrossim, podem contribuir para o fortalecimento de um modelo de atenção à saúde fundamentado na determinação social do processo saúde-doença, a qual considera o caráter histórico da doença e suas expressões individuais e coletivas na vida humana, mediante uma dialética presente na relação saúde-doença, em que se implicam aspectos biológicos, econômicos, sociais e culturais, em interlocução com as condições de vida e necessidades da população (Silva; Bicudo, 2022).

No que se refere aos/as assistentes sociais, a inserção profissional na APS ocorreu de forma heterogênea no território nacional, principalmente após a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com iniciativas isoladas de inserção nas equipes mínimas³ (Martini; Dal Prá, 2018). Conforme as autoras, os/as profissionais de Serviço Social, apesar da forte tradição e legitimidade na área da saúde, tiveram atuações no âmbito da APS muito restritas. Isso ocorreu principalmente pelo fato dos/as assistentes sociais não comporem as equipes da ESF e por estar a cargo de cada município a complementariedade das equipes com outras categorias profissionais.

Mesmo não fazendo parte das equipes mínimas de trabalho preconizadas para a APS, o que se constata é que, na sociabilidade atual, o trabalho desenvolvido pelos/as assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde tem fortalecido o modelo de atenção pautado na perspectiva da determinação social da saúde, com ações desenvolvidas no contexto histórico e social do processo saúde-doença, considerando suas expressões individuais e coletivas, além das condições de vida e necessidades apresentadas pela população. Nesse caso, destacam-se as ações voltadas para a viabilização de direitos sociais, o planejamento participativo, ações de promoção e educação em saúde, ações de fortalecimento do controle social e ações intersetoriais (Vasconcelos et al., 2009).

Diferente da realidade de considerável parte das cidades brasileiras, o município de Mossoró/RN, lócus da pesquisa de campo, dispõe de assistentes sociais inseridos/as nos processos de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), para além dos/as profissionais

³Os/as profissionais que fazem parte das equipes mínimas de saúde da família são: médico/a, preferencialmente especialista em medicina da família e comunidade; enfermeiro/a, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico/a de enfermagem; e agentes comunitários/as de saúde. Ainda, podem fazer parte dessas equipes mínimas os/as agentes de endemias e os/as profissionais de saúde bucal: cirurgião/ã dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico/a de saúde bucal.

das equipes mínimas de Saúde da Família⁴. No momento da coleta de dados no campo, 32 UBS da zona urbana do município possuía pelo menos 1 assistente social em sua equipe de profissionais. No município, os/as assistentes sociais são profissionais efetivos/as, com carga horária de 20 horas semanais e trabalham no atendimento e assistência diária direta aos/às usuários/as dos serviços nas UBS.

No âmbito da APS do município pesquisado, identificou-se que os/as assistentes sociais também se faziam presentes nas equipes de consultório na rua, atenção primária prisional, Nasf-Ap/E-multi e no programa de residência multiprofissional em atenção básica/saúde da família e comunidade. Devido aos critérios de inclusão e exclusão, com base no objetivo da pesquisa, delimitou-se apenas os/as profissionais lotados/as diretamente nas equipes das UBS.

De maneira geral, identificou-se no momento de realização da pesquisa que o município lócus do estudo dispunha de 46 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 33 UBS na zona urbana e 12 na zona rural, distribuídas em quatro regiões administrativas: norte, sul, leste e oeste. Todas as unidades são referenciadas por equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal. Além destas, soma-se a existência de 1 Unidade Básica de Saúde Prisional com equipe de Atenção Primária Prisional localizada na zona rural de Mossoró. Ademais, as unidades contavam com retaguarda e matriciamento por três equipes de Nasf-Ap/E-multi.

Contudo, o processo de expansão urbana vivenciado pelo município demonstra a necessidade de ampliação dos serviços de APS. Segundo os dados de informação e gestão da APS, a cobertura da atenção primária do município no momento final da pesquisa, em junho de 2021, era de 59,67%, equivalente a cobertura de 177.465, em um universo populacional de 297.378 habitantes⁵ (Brasil, 2021).

A APS no Brasil sofreu durante a segunda década do século vigente modificações em seu formato, com reorganizações na estrutura e financiamento que repercutiram na objetivação dos serviços nos municípios. Morosini, Fonseca e Lima (2018) mencionam que as modificações introduzidas na PNAB em 2017 apontaram para uma outra direção em referência às políticas da APS de anos anteriores. Destacam, nesse sentido, que os mecanismos da nova PNAB “[...] promovem a relativização da cobertura universal, a definição de padrões distintos de serviços, a recomposição das equipes e a reorganização do processo de trabalho na AB” (Morosini; Fonseca; Lima, 2018, p. 22), com consequências preocupantes para a “[...] oferta universal dos serviços de APS, a segmentação do acesso ao cuidado, a desvinculação das equipes dos territórios, e a desqualificação do trabalho de

⁴ Há uma particularidade que necessita ser apontada: a existência de profissionais assistentes sociais nas UBS se concentra na zona urbana do município. Nenhuma UBS na zona rural possui assistentes sociais, com exceção, apenas, da UBS prisional que dispõe de equipe de saúde da família, além de uma equipe multiprofissional com outras categorias profissionais, incluindo assistente social.

⁵ Quando comparados os dados de cobertura populacional da APS de Mossoró com o estudo de Sousa (2013) sobre a cobertura da APS em meados de 2010, verifica-se discrepâncias e descontinuidades, uma vez que a autora aponta, com base em dados do relatório de gestão municipal de Mossoró de 2010, uma cobertura populacional no município de 93,03%. Entretanto, observa-se, durante os anos seguintes, que a população mossoroense vai se ampliando e a cobertura da atenção primária não se mantém na proporção dos 90%. Depreende-se aqui que os serviços da APS não acompanham o gradativo crescimento populacional do município, repercutindo no acesso aos serviços nesse nível de atenção, assim como, na existência dos vazios assistências.

ACS e ACE, acentuando o caráter utilitarista de suas atividades e o reforço à privatização” (Morosini; Fonseca; Lima, 2018, p. 22).

Silveira e Hoffmann (2021) elucidam que as mudanças implementadas no âmbito da APS não contribuem para romper com a lógica de uma APS seletiva e focalizada que circunscreve os serviços de saúde no país. Para esses/as autores/as, as mudanças implementadas não reforçam as potencialidades existentes na particularidade da APS brasileira, e citam como exemplo a perda da centralidade do modelo de equipes de saúde da família de organização das equipes na APS. Na mesma direção, as equipes de Nasf-Ap, que ao invés de ser potencializado e ter financiamento contínuo, dada sua efetividade no apoio a ESF, teve supressão de financiamento por parte da união, o que ocasionou o descredenciamento de equipes em todo território nacional. Essas e outras mudanças repercutem no dia a dia dos serviços na APS, assim como no desenvolvimento do trabalho e na assistência aos/as usuários/as dos serviços.

Perante o exposto, apresenta-se, sem a perspectiva de esgotamento da discussão, algumas possibilidades existentes ao trabalho profissional dos/as assistentes sociais nos territórios da atenção primária à saúde, as quais podem se ramificar em diversas atividades e ações profissionais individuais ou coletivas no dia a dia dos serviços. A partir disso, pretende-se contribuir com as discussões sobre o tema, além de reforçar o trabalho profissional e a legitimação da relevância do trabalho de assistentes sociais nesse nível de atenção à saúde.

Deste modo, as viabilidades apresentadas nesse estudo sustentam-se por meio de elementos que dão materialidade ao projeto ético-político profissional do Serviço Social, sobretudo, perante as dimensões da produção do conhecimento no interior da profissão, das entidades político-organizativas e dos elementos jurídicos-políticos da profissão, como salienta Braz (1996). Ou seja, as possibilidades ao trabalho profissional nos territórios da APS que serão apresentadas se amparam no conjunto da produção de conhecimento produzido pela categoria profissional dos/as assistentes sociais, pelas orientações técnicas, pareceres normativos e elementos produzidos pelas entidades representativas, além dos instrumentos jurídicos-políticos expressos, por exemplo, na Lei de Regulamentação da Profissão e no Código de Ética Profissional.

Primeiramente, cabe destacar como uma das viabilidades ao trabalho profissional dos/as assistentes sociais nos territórios da APS o desenvolvimento de atividades individuais e/ou coletivas com os/as usuários/as do SUS, seja nas visitas domiciliares ou institucionais, nos demais equipamentos sociais da comunidade ou nos espaços autogestionados e coletivizados pela população no território. O sentido dessas atividades com os/as usuários/as se direciona à perspectiva de garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, de democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis (CFESS, 1993), de possibilitar a viabilização de direitos, tendo nas atividades socioeducativas de educação em saúde e/ou educação popular em saúde⁶ uma das principais estratégias do trabalho profissional.

⁶ Educação em saúde e educação popular em saúde são práticas de promoção à saúde, mas possuem concepções diferenciadas entre si. A primeira se caracteriza por meio de ações que têm o objetivo de promover saúde através de informações e educação da população em espaços convencionalmente

A assistente social Lisboa apontou que durante a realização do trabalho desenvolve ações de educação em saúde a partir da execução de atendimentos individuais e/ou coletivos em grupo em cada microárea referenciada pelos/as agentes comunitários/as de saúde. Mencionou trabalhar no território com públicos distintos dos ciclos de vida, principalmente, com pessoas com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes.

Além dela, outros/as assistentes sociais também relataram trabalhar no território com ações socioeducativas de educação em saúde. Seguem alguns relatos:

Trabalho educativo com mulheres; trabalho coletivo sobre saúde mental; encontros com a equipe para discussão e planejamento de ações (assistente social Tóquio);

Ação educativa sobre vários temas, visita domiciliar, rotina ou busca ativa, panfletagem, rodas de conversas nas microáreas, atividades educativas nas escolas e acompanhamento em outras atividades realizadas pela ESF (assistente social Camberra).

Reuniões de calçada, atividades nas Unidades de Educação Infantil, escolas etc. (assistente social Berlim).

A assistente social Bogotá relatou uma particularidade que é transversal e perpassa a realidade de todos/as os/as outros/as assistentes sociais que trabalham com ações socioeducativas nos territórios da APS. Ela enfatizou que as atividades de educação em saúde nos territórios são coletivas ao conjunto das ações com os/as demais integrantes das equipes de saúde da família e saúde bucal, mostrando, nesse sentido, que o trabalho no território é desenvolvido em conjunto entre o Serviço Social e os/as demais trabalhadores/as inseridos/as nos processos de trabalho em saúde nas Unidades Básicas de Saúde.

Identificou-se, nesse sentido, que a maioria dos/as assistentes sociais participantes da pesquisa desenvolvem no território da APS o trabalho com grupos, sendo uma das principais atividades desenvolvidas. Para a realização desse trabalho, os/as profissionais utilizam estratégias como a educação em saúde e/ou educação popular em saúde para trabalhar aspectos relacionados à prevenção e promoção à saúde, além da estratégia de atividades socioeducativas em que são trabalhadas diferentes temáticas, a exemplo das questões de gênero, saúde mental, direitos sociais, acesso aos serviços na rede socioassistencial etc.

Nas ações de educação em saúde e nas atividades socioeducativas desenvolvidas pelos/as assistentes sociais evidencia-se que os/as profissionais não se limitam a prestação de informações e/ou esclarecimentos que levem os/as usuários/as a uma simples adesão às informações, o que reforça práticas de controle no trabalho. Pelos dados captados, grande parte dos/as profissionais buscam trabalhar nos territórios com as ações socioeducativas e de educação em saúde ou educação popular, levando-se em consideração a autonomia dos

reconhecidos como do setor saúde. Já a segunda, organiza-se a partir da aproximação com outros sujeitos no espaço comunitário, privilegiando os movimentos sociais locais, num entendimento de saúde como prática social e global, estabelecendo diálogos com os saberes populares dos usuários dos serviços de saúde e na análise crítica da realidade (Falkenberg, 2014).

indivíduos e as necessidades sociais existentes na lógica do território, como orienta os parâmetros para atuação profissional na saúde (CFESS, 2010).

Um exemplo da objetivação do trabalho em saúde com grupos na APS, coerente com as necessidades sociais existentes no território foi relatado pela assistente social Lisboa:

Porque assim, começou com uma grande tentativa de fazer esses grupos dentro da UBS, para concentrar todas as microáreas. As microáreas são as áreas dentro do território, que são de responsabilidade do agente comunitário de saúde. Tentamos juntar todos e fazer na unidade. Só que a gente percebeu que não estava tendo muito sucesso, as pessoas não vinham, tinha uma certa dificuldade mesmo, pois é um público majoritariamente de idosos, com dificuldade de locomoção, falavam da questão do horário, e das responsabilidades domésticas. Então tentamos desenvolver essas atividades nas microáreas do território, nas áreas de cada agente de saúde. Por um tempo, a gente conseguiu manter esse calendário funcionando. A gente se encontrava nos equipamentos, como a associação de moradores, igrejas, sempre tinha algum ponto de referência, que a gente se dirigia para lá e fazia (assistente social Lisboa).

Isto posto, concorda-se com Santos e Senna (2017) de que é fundamental que o profissional de Serviço Social priorize ações coletivas que democratizem informações e conhecimentos necessários para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, a partir de uma prática educativa crítica, que fortaleça a autonomia dos sujeitos e que seja construída entre profissionais e usuários/as.

Nessa ótica, é possível afirmar que o desenvolvimento de ações nos territórios pelos/as assistentes sociais por via do trabalho com grupos e da educação em saúde e educação popular permite a efetivação de serviços e ações direcionadas às práticas de promoção, prevenção, proteção, tratamento etc., em conformidade com as premissas de trabalho desencadeadas para a APS.

O trabalho com grupos e a materialização de ações socioeducativas e de educação em saúde, seja no território ou no ambiente institucional da UBS, possibilita o acesso da população a informações, as quais devem ser vistas como um direito. No trabalho dos/as assistentes sociais, a democratização das informações para acesso aos programas e garantia da plena informação nos espaços socio-ocupacionais é um dever da categoria profissional com os/as usuários/as dos serviços, que materializa o compromisso da profissão com a classe trabalhadora. Por sua vez, é importante ressaltar que na política de saúde o/a assistente social é um/uma profissional que historicamente tem contribuído com práticas de trabalho mediante a educação em saúde, estratégia que, por sua dimensão política e social, produz efeitos reais na vida dos indivíduos e suas famílias (Iamamoto, 2015a).

Para Santos e Senna (2017), o trabalho por intermédio da educação em saúde apresenta significativo potencial para o fortalecimento de processos emancipatórios dos sujeitos envolvidos, em direção à formação de uma consciência crítica da realidade, à garantia de direitos e à transformação social. A leitura crítica da realidade em que atua pode possibilitar ao/à assistente social distintas formas de potencializar a produção de resistências às multifacetadas expressões da “questão social” (Iamamoto, 2015b).

Uma outra viabilidade existente ao trabalho profissional dos/as assistentes sociais nos territórios da APS diz respeito às ações referentes à mobilização, participação e controle social. Destaca-se como primordial por parte da categoria profissional desempenhar ações de mobilização junto à população, no âmbito dos territórios na APS. Apesar disso, o estudo permitiu apreender que estas são desenvolvidas de forma escassa por uma parcela de profissionais assistentes sociais na realidade investigada.

Nesta realidade, exemplos de ações profissionais referente à mobilização, participação e/ou controle social foram relatadas por 40% dos/as participantes do estudo, isto é, 6 assistentes sociais. Dentre as ações identificadas, mencionou-se pelos/as profissionais a existência de articulações com organizações comunitárias, movimentos sociais, conselhos de direitos e/ou conselhos gestores na UBS e na comunidade, seja no momento presente da investigação realizada ou em outros momentos distintos de objetivação do trabalho dos/as assistentes sociais nos anos de prestação de serviços na APS.

Os/as profissionais destacaram ações de articulação com as organizações e movimentos sociais através de participação em reuniões, participação coletiva em ações, articulação para construção de conselho local de saúde, participação em conselhos de direitos. Ainda, salientaram abordagens sobre temáticas diversas junto às organizações e movimentos sociais, sobretudo com associação de moradores, com lideranças e conselhos comunitários, com movimentos de mulheres e com movimentos sindicais.

Pode-se elencar que o trabalho do/a assistente social nos territórios da APS permite a realização de ações de mobilização e fortalecimento político da classe trabalhadora de acordo com os interesses coletivos, como também, a materialização de atividades no contexto das políticas públicas, incluindo-se, nesta lógica, o SUS com seus princípios e diretrizes.

Um exemplo de ação de mobilização no âmbito do trabalho do/a assistente social na APS foi mencionado no relato da seguinte assistente social:

É um trabalho com as mulheres, é um grupo de mulheres onde a gente tenta trabalhar ‘empoderamento’ feminino, um grupo de mobilização, e esse grupo para mim assim, eu tenho um olhar bem especial com ele porque, justamente, como ele é um grupo de área de ‘favela’, então muitas dessas mulheres carregam uma história de vida já bem sofrida, né?! Com muita carga emocional, muita coisa, inclusive de violências, direitos violados e violências domésticas, então para mim ele é um grupo que eu tenho um olhar bem especial para ele (assistente social Brasília).

A assistente social Pequim mencionou que na UBS em que trabalha ainda não possui conselho local de saúde, instância considerada por ela de extrema importância para o fortalecimento da participação popular e controle social. Destacou que tem provocado discussões com os/as usuários/as e trabalhadores/as sobre a importância da implementação do conselho local na unidade de saúde, articulando esforços com o conselho municipal para sua viabilização.

Já a assistente social Camberra apontou sobre o trabalho de mobilização com mulheres na comunidade, com o objetivo de trabalhar aspectos em torno das relações sociais de classe,

raça e gênero, de efetivação de direitos, de fortalecimento do feminismo entre as mulheres, dentre outras questões.

Por fim, outro exemplo interessante identificado foi a participação relatada pela assistente social Luanda em encontros com mulheres do Movimento dos/as Trabalhadores/as Rurais Sem Terra (MST) promovidos por uma entidade sindical, a qual tem convidado a profissional para participação dos encontros e reuniões realizadas com os/as trabalhadores/as.

Segundo os parâmetros para atuação dos/as assistentes sociais na política de saúde brasileira, pensar e realizar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na política de saúde envolve a efetivação de assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos, com o objetivo de potencializar a participação dos sujeitos sociais, contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, com vistas ao aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2010).

Por outro lado, de forma majoritária entre os/as assistentes sociais participantes do estudo, houve a indicação de que no trabalho defronte o território não houve ainda relação ou articulação com organizações comunitárias, movimentos sociais ou com conselhos de direitos e/ou conselhos gestores locais na UBS ou comunidade. Segundo eles/as, no território em que trabalham, ainda não foi possível visualizar a existência de tais organizações e movimentos, bem como não houve requisição ao trabalho profissional.

Vale enfatizar que as ações profissionais direcionadas à mobilização, participação e controle social permitem contribuir com a organização da população e dos/as usuários/as enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde (CFESS, 2010). Nessa lógica, os parâmetros para atuação dos/as assistentes sociais na saúde indicam também que as ações de mobilização e participação social possibilitam a articulação com movimentos sociais, tanto para fortalecer os fóruns e conselhos como para estabelecer relações com determinadas demandas institucionais, e, ainda, para discutir a política de saúde e traçar alternativas para a garantia dos direitos sociais (CFESS, 2010).

Consoante este documento, as ações de mobilização, participação e controle social são muito importantes no âmbito da APS e se constituem como uma contribuição fundamental que os/as assistentes sociais podem efetuar nesse nível de atenção. De forma complementar, discute-se o fato de que a capacidade do trabalho com fundamento no território da APS oportuniza a identificação de mecanismos para o fortalecimento da mobilização e participação social com vistas à defesa da cidadania e a garantia dos direitos sociais da população.

Outra viabilidade existente ao trabalho profissional nos territórios da APS diz respeito às ações e articulações intersetoriais com as demais instituições e serviços existentes em uma determinada localidade, os quais requisitam o trabalho dos/as assistentes sociais. O trabalho intersetorial, em conexão com as expressões do território em que vivem os sujeitos, é de extrema relevância para a efetivação de direitos sociais e resolução de demandas que são apresentadas pela população no dia a dia dos serviços. De modo igual,

denota-se que as articulações entre os serviços nos territórios, incluindo-se as articulações interprofissionais⁷, são fundamentais para assegurar a efetivação das necessidades apresentadas pela classe trabalhadora.

Com base nas articulações coletivas possibilitadas pela intersetorialidade que é possível fortalecer os serviços e as respostas profissionais às demandas por acesso a direitos sociais pelos/as trabalhadores/as e usuários/as dos serviços de saúde na APS, uma vez que o trabalho isolado não possibilita resultados efetivos a essas demandas sociais. O relato da assistente social Roma expressa um recorte do sentido da intersetorialidade, em conjunto com a interprofissionalidade, no trabalho diante do território da unidade básica de saúde em que está inserida:

Quando uma demanda não é exclusiva do serviço social, pois pode ser que não seja uma demanda só do serviço social, eu compartilho, peço orientação de como resolver [...] tem demandas que chegam, e eu fico pensando no que fazer [...] a gente tem que pensar, respirar, começar a pegar uma orientação, uma informação de alguém, ou de um outro profissional que possa lhe ajudar naquele momento, lhe contribuir de alguma forma. Porque a gente não tem resposta para tudo, e naquele momento, muitas vezes, a gente depende de outro equipamento, de uma outra política, para poder dar uma resposta ao usuário. Então é sempre essa troca, esse vai e volta de informações, que a gente vai tentando no cotidiano do nosso trabalho (assistente social Roma).

De acordo com os/as assistentes sociais, no cotidiano do trabalho profissional há articulação intersetorial com os diferentes serviços das redes de atenção à saúde, nos diferentes níveis de complexidade, assim como há articulações com outros/as profissionais e políticas sociais como educação, assistência social, habitação, previdência, dentre outras. Portanto, 100% dos/as entrevistados/as no estudo mencionaram executar o trabalho profissional em articulação intersetorial nos territórios da APS, com destaque para a política de assistência social, mencionada por todos/as participantes, o que reitera a intersetorialidade realizada pelos/as assistentes sociais como uma possibilidade de articulação permanente do SUS com as demais políticas sociais e uma particularidade do trabalho profissional (Costa, 2010).

Ressalta-se que a intersetorialidade é uma estratégia significativa para o desenvolvimento do trabalho de assistentes sociais nos territórios da APS, pois sua efetivação pode viabilizar a superação de práticas fragmentadas ou que estão distantes na relação com as necessidades apresentadas pelos/as usuários/as nos serviços. O trabalho isolado não permite a resolubilidade das demandas sociais, as quais podem ser eficazmente respondidas pelos arranjos intersetoriais.

Conforme os parâmetros para atuação na política de saúde, estimular a intersetorialidade com o intuito de realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de segurança social para superação da fragmentação dos serviços e do atendimento às

⁷ O termo interprofissional e/ou interprofissionalidade tem sido bastante utilizado na política de saúde para fazer referência à integração entre o trabalho profissional dos/as diferentes trabalhadores/as, os/as quais se articulam e colaboram entre si. Nesse sentido, a interprofissionalidade ou trabalho interprofissional se situa no contexto do trabalho em equipe na saúde, conectando diferentes núcleos profissionais com o objetivo colaborativo e articulado de satisfazer às necessidades de saúde apresentadas pelos/as usuários/as dos serviços, rompendo uma lógica fragmentada de atenção à saúde.

necessidades sociais é uma das ações críticas e competentes que os/as assistentes sociais podem desenvolver na política de saúde (CFESS, 2010).

Outrossim, a intersetorialidade representa um princípio da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, uma estratégia de produção crescente de articulações entre diferentes segmentos em uma coletividade, o que implica em reciprocidades entre os/as trabalhadores/as no partilhamento de significados, conhecimentos, compromissos, valores, afetos, responsabilidades e prestação de ações e serviços (Dias et al., 2014). Portanto, cabe aos/às profissionais da APS, inclusive os/as assistentes sociais, trabalhar articuladamente, de maneira compartilhada e intersetorialmente, com responsabilidade integral às demandas e necessidades apresentadas pela população usuária do SUS.

Por último, as visitas domiciliares e institucionais foram mencionadas pelos/as assistentes sociais como mais uma viabilidade existente ao trabalho nos territórios de responsabilidade sanitária das unidades básicas de saúde. Estas, também foram apontadas como ações desempenhadas nos territórios da APS por todos/as os/as assistentes sociais participantes da pesquisa.

As visitas, de acordo com os/as participantes da pesquisa, são realizadas com objetivos diversos conforme as necessidades dos/as usuários/as do serviço, seja para orientações de acesso aos demais níveis de atenção na saúde, para benefícios sociais ou ainda para o acesso a outras políticas sociais, sobretudo as políticas de assistência social, previdência social, educação, habitação, trabalho, acesso à renda etc. As visitas acontecem de forma individual pelo/as profissionais, tal como, coletivamente em conjunto com os/as demais profissionais das equipes de saúde da família, os/as quais requisitam, junto ao conjunto dos/as usuários/as que vivem nos territórios, o trabalho do/a assistente social.

As informações abordadas neste artigo reafirmam a importância do território como um elemento estratégico para a efetivação do trabalho dos/as assistentes sociais na APS, principalmente, por via das viabilidades existentes ao trabalho profissional. Embora esses/as profissionais não façam parte das equipes mínimas preconizadas para a ESF, podem contribuir de forma significativa nas ações e serviços desempenhados na APS mediante as diferentes expressões da “questão social”, além das sucessivas necessidades de saúde da população, motivo pelo qual enfatiza-se e defende-se a existência e expansão do trabalho profissional dos/as assistentes sociais na APS.

Considerações finais

Buscou-se, neste artigo, contribuir com as discussões sobre o trabalho dos/as assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde (APS), particularizando as possibilidades existentes ao trabalho profissional nos territórios produzidos para o desenvolvimento das ações e serviços neste nível de atenção à saúde.

Portanto, foi apresentado algumas viabilidades ao trabalho profissional nos territórios da APS, com destaque para as ações socioeducativas de educação em saúde e/ou educação popular em saúde, ações referentes à mobilização, participação e controle social, articulações intersetoriais e interprofissionais, além das visitas domiciliares e institucionais nos territórios. A materialização dessas ações, em conjunto com outras que podem ser

viabilizadas, potencializam o trabalho crítico e comprometido dos/as assistentes sociais com as pautas em defesa da classe trabalhadora.

Ainda, foi evidenciado a potencialidade e a importância que o território detém como um elemento estratégico para a efetivação do trabalho dos/as assistentes sociais na APS. Apesar da potência que o território carrega e dos avanços que a categoria possibilitou para a aproximação dos serviços à população, sua objetivação na sociedade encontra óbices no atual contexto, subsidiados, principalmente, pelas determinações macroeconômicas estruturadas pelos movimentos de crise estrutural do capital, ajuste fiscal e neoliberalismo, que contraria e inviabiliza a apreensão crítica do território, reduzindo-o a aspectos funcionais à lógica técnica e instrumentalista de objetivação das políticas sociais no capitalismo. Manifesta-se, assim, o reconhecimento de que o território precisa ser apreendido pelo conjunto dos/as profissionais da APS de forma crítica, dinâmica, reflexiva, e não meramente como um conjunto de instrumentais tecnocráticos de execução da política social.

É imperativo demarcar a importância da apreensão crítica, dinâmica e reflexiva da categoria território nos processos de trabalho em saúde em que se inserem os/as assistentes sociais na APS. Logo, reafirma-se o posicionamento em defesa do trabalho profissional dos/as assistentes sociais nesse nível de atenção, como, também, a defesa de uma maior inserção dos/as profissionais de Serviço Social na APS — seja na composição das equipes de saúde da família, ou ainda, nas equipes de apoio à APS no interior das unidades de saúde — como forma de possibilitar a ampliação das ações e serviços de saúde desenvolvidos para a população.

Conclui-se com a afirmação da necessidade coletiva de fortalecimento das lutas e movimentos sociais por um SUS (consequentemente, por uma APS) robusto, universal, integral, abrangente, fortemente financiado, de responsabilidade estatal e resolutivo para toda a população brasileira.

Referências

- ABREU, Maria Helena E. **Território, política social e serviço social:** caminhos e armadilhas no contexto do social-liberalismo. Campinas: Papel Social, 2016.
- ALVES, Jolinda M.; LANZA, Liria M. B.; AMARAL, Wagner R. **A lógica territorial na gestão das políticas sociais.** Londrina: Eduel, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 183, p. 68–76, 22 set. 2017. Disponível em:
<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>
- BRASIL. Ministério da Saúde. e-Gestor da Atenção Primária à Saúde. **Relatórios APS - Histórico de Cobertura da APS.** 2021. Disponível em:

https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastr_oParamPnab.xhtml. Acesso em: 10 jul. 2021.

BRAZ, Marcelo. Notas sobre o projeto ético-político. In: **Assistente social: ética e direitos**. 3. ed. Rio de Janeiro: CRESS, 1996. 92p.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética do/a assistente social**. 1993. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 28 maio 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, DF. 2010. 82p. (Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, 2). Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 28 maio 2025.

COSTA, Maria D. H. **Serviço social e intersetorialidade**: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do sistema único de saúde. 2010. 266 p. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), 2013, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9351>. Acesso em: 28 maio 2025.

DIAS, Maria Socorro de A. et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4371–4382, 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.11442014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/crwbjGhzHJ3vvRN3RDYchRB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2025.

FALKENBERG, Mirian B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847–852, 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntDm/>. Acesso em: 28 maio 2025.

GONDIM, Grácia M. de M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary C. et al. (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237–255.

GONDIN, Grácia M. de M.; MONKEN, Maurício. O uso do território na Atenção Primária à Saúde. In: MENDONÇA, Maria Helena M. et al. (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 143–175.

IAMAMOTO, Marilda V. O Serviço Social na cena contemporânea. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/o-servico-social-na-cena-contemporanea-201608060403123057450.pdf>. Acesso em: 28 maio 2025.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015a.

IAMAMOTO, Marilda V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. 9. ed. São Paulo, Cortez. 2015b.

JUSTO, Larissa G. et al. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 21, p. 1345–1354, 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0512>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/G4rRVvny64R7HM9zfHkHQcc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2025.

LIMA, Telma C. S.; MIOTO, Regina C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37–45, 2007. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/HSF5Ns7dkTNjQVpRvhc8RR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2025.

LUKÁCS, Gyorgy. **Para uma ontologia do ser social I**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2018.

MARTINI, Débora; DAL PRÁ, Keli R. A inserção do assistente social na atenção primária à saúde. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 118–132, jan./abr. 2018. DOI <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i1.18648>. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/index.php/argumentum/article/view/18648/>. Acesso em: 28 maio 2025.

MONKEN, Maurício et al. O Território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, Ary C. et al. (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 23–41.

MOROSINI, Márcia V. G. C.; FONSECA, Angélica F.; LIMA, Luciana D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 11–24, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2025.

SANTOS, Alexandre L.; RIGOTTO, Raquel M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387–406, 2010. DOI <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/H5BtBJTgQZgSXKvNrTKphp/>. Acesso em: 28 maio 2025.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço:** técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SANTOS, Milton. O retorno do território. In: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia A.; SILVEIRA, Maria Laura (org.). **Território, globalização e fragmentação**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SANTOS, Marta A.; SENNA, Mônica de C. M. Educação em saúde e serviço social: instrumento político estratégico na prática profissional. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v.

20, n. 3, p. 439–447, set./dez. 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/1982-02592017v20n3p439>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/hKCTFGdNpJZ7QdDqzB5QM3L/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2025.

SILVA, Letícia B.; BICUDO, Valéria. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: SANTOS, Tatiane V. C. dos; SILVA, Letícia B.; MACHADO, Thiago de O. (org.). **Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises**. Rio de Janeiro: Mórula, 2022. p. 115–131.

SILVEIRA, Leonardo D. da S.; HOFFMANN, Edla. Atenção Primária à Saúde no Brasil contemporâneo: uma análise sobre as transformações ocorridas no contexto pós-golpe de 2016. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 10., São Luís, MA. **Anais** [...]. São Luís, MA: Universidade Federal do Maranhão, 2021.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 103, p. 453–475, jul./set. 2010. DOI <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000300004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/RzTqSGSgYj69MbtN9tzk9tP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2025.

SOUZA, Aione M. da C. **O público e o privado no sistema de saúde em Mossoró: as contradições para a efetivação da universalidade**. 2013. 299 p. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/11460>. Acesso em: 28 maio 2025.

SPOSATI, Aldaíza. Território e gestão de políticas sociais. **Serviço Social em Revista**, v. 16, n. 1, p. 05–18, 2013. DOI <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2013v16n1p05>. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/18423>. Acesso em: 28 maio 2025.

SUCUPIRA, Ana C. Marco conceitual da promoção da saúde no PSF. **SANARE: Revista de Políticas Públicas**, v. 4, n. 1, 2003. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/108/100>. Acesso em: 28 maio 2025.

VASCONCELOS, Kathleen E. L. et al. Serviço Social e estratégia saúde da família: contribuições ao debate. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 98, 2009.

Submetido em: 20/9/2025
Aceito em: 9/2/2025