



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E  
DA SAÚDE**

**ADRIANA LIMA DOS SANTOS**

**DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA INTEGRAÇÃO  
PROFISSIONAL ENTRE OS SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE E DE  
ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**PETROLINA**

**2022**

**ADRIANA LIMA DOS SANTOS**

**DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA INTEGRAÇÃO  
PROFISSIONAL ENTRE OS SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE E DE  
ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Dissertação apresentada a Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, Campus Petrolina-PE, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde e Biológicas, sob a orientação da Profa. Dra. Lucia Marisy Souza R. de Oliveira, e coorientação da Profa. Dra. Márcia Bento Moreira.

**PETROLINA  
2022**

Santos, Adriana Lima dos  
S237d      Desafios e possibilidades para integração profissional entre os sistemas públicos de saúde e de assistência social / Adriana Lima dos Santos – Petrolina – PE, 2022.  
              xii, 101 f.: il.; 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas e da Saúde) - Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina-PE, 2022.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lucia Marisy Souza R. de Oliveira.

Inclui referências.

1. Intersetorialidade. 2. Assistência Social. 3. Sistemas Públicos. 4. Intervenção Profissional. 5. Políticas Públicas. I. Título. II. Oliveira, Lucia Marisy R. de. III. Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CDD 320.6



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO**  
**PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS**

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

ADRIANA LIMA DOS SANTOS

DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL ENTRE OS  
SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase na linha de pesquisa: Saúde, Sociedade e Ambiente, pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Aprovada em: 11 de março de 2022

**Banca Examinadora**

LMSRO

LMSRO (21 de March de 2022 21:42 ADT)

Lucia Marisy Souza Ribeiro de Oliveira, Doutora  
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

Duarte

Francisco Ricardo Duarte (21 de March de 2022 16:32 ADT)

Francisco Ricardo Duarte, Doutor  
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira

Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira (21 de March de 2022 11:42 ADT)

Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira, Doutora  
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

## DEDICATÓRIA

Aos meus filhos: Anna Flora “Como se eu fosse flor você me cheira, como se eu fosse flor, você me rega [...]O amor me chamou de flor, e disse que eu era alguém pra vida inteira”; e Pedro Alexandre, razões da minha vida, com vocês minha vida tem mais sentido e vigor...amor que não cabe no peito!!!

Aos meus pais, em especial, a mãe Lizer por sempre ter acreditado que seria possível eu chegar até aqui. A minha amada mãe Lió, que não está mais aqui fisicamente, mas que sempre me fez acreditar que estará ao meu lado me fazendo refletir que “sorrir e acreditar, é melhor que simplesmente chorar”.

À minha vó Didi (in memoriam), por sempre ser a minha inspiração.

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida e pela oportunidade de nascer e viver entre pessoas que tanto amo, pela oportunidade de estudar e de ter vontade de aprender ainda mais mesmo nos meus 4.6. A educação liberta e transforma!!!

Aos meus filhos: Anna Flora e Pedro Alexandre, pelas noites de ajuda e de escuta, por entenderem e ficarem comigo nos dias mais desafiadores desta jornada.

Aos meus pais: Lizer e Alexandre pelas orações e pela torcida.

Ao meu companheiro Zé Carlos pela paciência e apoio moral, financeiro e logístico. Mais uma conquista nossa.

À minha madrinha, Tia Dé (Maria Macêdo) um exemplo de superação, prova de que, esforço somado à vontade de viver pode nos trazer felicidade e êxito.

Aos meus irmãos: Aliandro (Iando), Sandro, Dedeia e Maiane e a irmã de coração que a vida me trouxe, Nathalia Campos, gratidão pela confiança e apoio.

Aos meus sobrinhos maravilhosos Andreana, Cíntia, Léo, Allana e Anne Cecilia, e ainda Joice, Kaká, Leo, Solange e Anna Carla e o pequeno João Pedro por muitas vezes ter me feito sorrir durante o processo de construção. Ao “sobrinho” Jhulian, não tenho como agradecer toda ajuda em todas as etapas do curso, meu socorro de todas as horas.

Aos cunhad@s pelo apoio, são como irmão para mim.

À Késia Karine (da prefeitura de Senhor do Bonfim para a vida) pelo incentivo e ajuda na inserção neste curso. E vamos ao doutorado!

Aos colegas do NASF Juazeiro e da Secretaria Municipal de Assistência Social em especial do setor da Vigilância Socioassistencial de Senhor do Bonfim.

Aos amigos Daniel, Layane, Janaina, Rosanete, Leandro, Maria Carolina, Leidinha, Ana Lucia, Daniela pela escuta, apoio e paciência, com vocês tudo ficava mais leve.

Aos meus mais que amigos/pais Maria e Jorge, pelas horas destinadas às minhas aflições e angústias; pela orientação, fé e crença em que tudo daria certo...Renata, fruto deste casal, maravilhosa com valorização, apoio moral e logístico.

À minha orientadora Lúcia Marisy por todo empenho no processo, pela paciência e pela garra em continuar contribuindo com a educação deste país apesar

de todo os obstáculos em tempo de pandemia.

À Universidade Federal do Vale do São Francisco e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Biológicas pela proposta deste curso interdisciplinar que tanto vem contribuindo para a pesquisa e pela melhoria das intervenções profissionais. Em especial, aos professores pela contribuição a minha formação acadêmica, em especial a professora Margaret Lira pelas orientações e ensinamentos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

Aos avaliadores internos e externos da minha defesa pelas arguições, orientações e disponibilidade em contribuir.

À minha turma 2019.1, como foi bom os momentos presenciais, as conversas, os encontros, as fofocas...a grande ajuda no grupo de whatsAap. Meus agradecimentos em especial aos amigos que ganhei do mestrado: Bruno, Jeane e Alessandra, quantas aventuras na estrada para as aulas em Petrolina e Juazeiro.

A minha gratidão a todos os participantes da pesquisa que tiraram tempo de suas vidas pessoal/profissional para contribuir com o estudo.

“O sertanejo é antes de tudo um forte”  
(Os Sertões – Euclides da Cunha)



## RESUMO

No Brasil, as políticas públicas sociais foram inscritas na Constituição Federal de 1988, sob a égide dos direitos sociais - por serem de alcance universal e igualitário, proporcionam o exercício da cidadania aos brasileiros. Neste contexto, ressaltam-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) - este último é fortemente inspirado nos moldes do SUS. Desse modo, o objetivo deste estudo Compreender pontos de vista sobre a integração inter profissional nos cenários de práticas no âmbito do Sistema Único de Assistência Social e do Sistema Único de Saúde. A pesquisa seguiu uma abordagem qualitativa. Foi desenvolvida em três fases, levantamento bibliográfico, pesquisa de campo, avaliação e análise dos dados. A coleta dos dados foi realizada por meio da entrevista semiestruturada e a observação participante. A análise dos dados foi de cunho descritivo por meio da utilização de técnica de análise de conteúdo. A pesquisa foi realizada nos equipamentos públicos das Secretarias Municipais de Saúde e de Assistência Social, ligados administrativamente a Prefeitura Municipal de Senhor do Bonfim, estado da Bahia. Apesar dos limites e desafios pontuados neste estudo para a prática integrada entre SUS e SUAS no município em questão, abre-se um campo de novas possibilidades, tensas e contraditórias, ao trabalho profissional das equipes de referências dos dois sistemas. Os resultados mostram que os profissionais compreendem a importância do trabalho intersetorial e interdisciplinar, mas os desafios são diversos a serem enfrentados, mas as possibilidades são reais e mensuráveis. O estudo apontou preliminarmente alguns dos entraves para a integração entre as duas políticas públicas sendo: alta demanda e quantidade de profissionais/carga horária insuficiente para suprimir; falta de tempo para realização de atividade interdisciplinares; falta de planejamento integrado; baixa ou inadequada forma de organização das ações no território de abrangência dos serviços de saúde e assistência social. As possibilidades e formas de melhorar a atuação profissional, estão diretamente relacionadas a forma de agir, a prática cotidiana dos profissionais e do entendimento quando as prerrogativas de cada serviço, programa, projeto e benefícios; respeito e garantia da educação permanente e continuada de todos os atores, e não apenas das equipes de referência, mas da gestão da política pública na direção da intersetorialidade e integralidade do cuidado e proteção social melhor prestação de serviço aos usuários.

**Palavras-chave:** intersetorialidade; assistência social; intervenção profissional; sistemas públicos.

## ABSTRACT

In Brazil, social public policies were enshrined in the Federal Constitution of 1988, under the aegis of social rights - as they are universal and egalitarian, they provide the exercise of citizenship to Brazilians. In this context, the Unified Health System (SUS) and the Unified Social Assistance System (SUAS) stand out - the latter is strongly inspired by the SUS model. Thus, the objective of this study is to understand points of view on inter-professional integration in practice scenarios within the scope of the Unified Social Assistance System and the Unified Health System. The research followed a qualitative approach. It was developed in three phases, bibliographic survey, field research, evaluation and data analysis. Data collection was carried out through semi-structured interviews and participant observation. Data analysis was descriptive through the use of content analysis technique. The research was carried out in the public facilities of the Municipal Health and Social Assistance Departments, administratively linked to the Municipality of Senhor do Bonfim, state of Bahia. Despite the limits and challenges highlighted in this study for the integrated practice between SUS and SUAS in the municipality in question, a field of new, tense and contradictory possibilities opens up for the professional work of the reference teams of the two systems. The results show that professionals understand the importance of intersectoral and interdisciplinary work, but the challenges are diverse to be faced, but the possibilities are real and measurable. The study preliminarily pointed out some of the obstacles to the integration between the two public policies, namely: high demand and number of professionals/insufficient workload to eliminate; lack of time to carry out interdisciplinary activities; lack of integrated planning; low or inadequate form of organization of actions in the territory covered by health and social assistance services. The possibilities and ways to improve professional performance are directly related to the way of acting, the daily practice of professionals and the understanding when the prerogatives of each service, program, project and benefits; respect and guarantee of permanent and continuing education for all actors, not just the reference teams, but the management of public policy in the direction of intersectorality and integrality of care and social protection, better service delivery to users.

**Keywords:** intersectorality; social assistance; professional intervention; public systems.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Sede da Secretaria Municipal de Assistência Social , Senhor do Bonfim (BA), 2022.....	51
Figura 2 – Sede da Secretaria Municipal de Saúde, Senhor do Bonfim (BA), 2022.....	51
Figura 3 – Representação gráfica do perfil de sexo dos entrevistados, Senhor do Bomfim (BA), 2022.....	53
Figura 4 –Representação gráfica do número de profissionais alocados na Sec. de assistência Social, Senhor do Bonfim (BA), 2022.....	55
Figura 5 – Representação gráfica do número de de profissionais alocados na Sec. de Saúde, Senhor do Bonfim (BA), 2022.....	55
Figura 6 – Relação de referência contrarreferência entre CRAS e CREAS, Senhor do Bonfim (BA), 2022.....	56
Figura 7 – Esquema da infraestrutura de Articulação Intersetorial, Senhor do Bonfim (BA), 2022.....	57
Figura 8 – Sede da CRAS do Alto da Maravilha, Senhor do Bonfim (BA), 2022.....	58
Figura 9 – Sede da CRAS do Igara, Senhor do Bonfim (BA), 2022.....	58
Figura 10 – Sede da CRAS do Tijuacú, Senhor do Bonfim (BA), 2022.....	59
Figura 11 – Sede da CREAS, Senhor do Bonfim (BA), 2022.....	59
Figura 12 – Sede da UBS DO BAIRRO São Jorge, Senhor do Bonfim (BA), 2022.....	60
Figura 13 – Sede da UPA, Senhor do Bonfim (BA), 2022.....	60
Figura 14 – Sede do CTA/SAS, Senhor do Bonfim (BA), 2022.....	61
Figura 15 – Representação gráfica do número de profissionais que desejam mudar de profissão, Senhor do Bomfin (BA), 2022.....	69
Figura 16 – Representação gráfica do número de profissionais que realizam cursos de capacitação Senhor do Bonfim (BA), 2022.....	71
Figura 17 – Representação gráfica da existência de Política de Educação Permanente no órgão que trabalha, Senhor do Bonfim (BA), 2022.....	74
.Figura 18 – Formações realizadas pela Sec. de Assistêncai Social, Senhor do Bonfim (BA), 2022.....	75
Figura 19 – Esquema de articulação intersetorial, Senhor do Bonfim (BA), 2022.....	81
Figura 20 – Representação gráfica da intersetorialidade entre saúde e assistência social em Senhor do Bonfim, Senhor do Bonfim (BA), 2022.....	86

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Perfil sociodemográfico dos entrevistados, Senhor do Bonfim (BA), 2022.....	52
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- BPC** - Benefício de Prestação Continuada
- CIB** – Comissão Intergestores Bipartite
- CIT** – Comissão Intergestores Tripartite
- CMS** – Conselho Municipal de Saúde
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CMAS** - Conselho de Assistência Social
- CRAS** - Centro de Referência de Assistência Social
- CREAS** - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- CENTRO POP-** Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
- CIT** - Comissão Intergestores Tripartite
- CNAS** - Conselho Nacional de Assistência Social DF Distrito Federal
- FNAS** - Fundo Nacional de Assistência Social ID Índice de Desenvolvimento
- LOAS** - Lei Orgânica de Assistência Social
- MC** - Ministério da Cidadania
- NOB** - Norma Operacional Básica
- NIS** - Número de Inscrição Social
- PNAB** – Politic Nacional de Atenção Básica
- PNAS** - Política Nacional de Assistência Social
- PAEFI** - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
- PAIF** - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
- PSB** - Proteção Social Básica PSE Proteção Social Especial
- PSE/AC-** Proteção Social Especial de Alta Complexidade
- PSE/MC-** Proteção Social Especial de Média Complexidade
- PBF-** Programa Bolsa Família
- RH** - Recursos Humanos
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- SUAS** – Sistema Único de Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UPA** – Unidad de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>23</b>
2.1 Objetivo geral.....	23
2.2 Objetivos específicos .....	23
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>24</b>
3.1 Políticas públicas e proteção social no Brasil.....	24
3.2 Sistemas públicos SUS e SUAS .....	27
3.2.1 Panorama do sistema público de saúde no Brasil .....	27
3.2.2 Panorama do sistema público de assistência social no Brasil.....	30
3.3 Território como espaço de execução integra de políticas públicas .....	33
3.4 Reflexões sobre a intersectorialidade entre os equipamentos públicos .....	35
3.5 Equipes de referência para o sus e suas e a intervenção profissional .....	39
3.6 Interdisciplinaridadena garantia da proteção.....	41
<b>4. MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>44</b>
4.1 Tipo de estudo .....	44
4.2 Local do estudo .....	44
4.3 Participantes do estudo - amostra.....	45
4.4 Coleta de dados.....	46
4.5 Análise de dados .....	48
4.6 Procedimentos éticos.....	49
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>50</b>
5.1 Características sociodemográficas .....	49
5.2 Cotidiano de trabalho .....	61
5.3 Realização de atividades com outros profissionais .....	76
<b>6. INTERSETORIALIDADE, INTEGRALIDADE E INTERDISCIPLINARIDADE</b> .....	<b>79</b>
6.1 Percepção sobre integralidade.....	83
6.2 Interdisciplinaridade .....	85
6.3 Formação profissional e prática interdisciplinar.....	88
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>97</b>

## 1. INTRODUÇÃO

As primeiras formas de proteção social no Brasil foram desenvolvidas através da caridade cristã e da filantropia, caracterizadas pela não intervenção do Estado na assistência àqueles que necessitavam. É no século XX que o Estado brasileiro passa a assumir um papel efetivo no que se refere à proteção social, principalmente a partir das determinações emanadas pela Constituição Federal (CF) de 1988, criando ações para reduzir vulnerabilidades. O Estado, portanto, passa a intervir para garantir alguns serviços mínimos para a sobrevivência daqueles que mais necessitavam (SPOSATI, 2009).

Pode-se dizer que a necessidade de proteção social está relacionada a aspectos econômicos, mediante desigualdades desenhadas em determinada sociedade, políticos, a partir de interesses desse grupo de indivíduos e como esses interesses influenciam nas relações sociais; e, por fim, culturais, principalmente quando há uma constituição cultural de segregação no acesso a espaços, experiências e oportunidades, influenciadas por fatores econômicos (BRASIL, 2009; MONNERAT, 2011).

A proteção social é destinada à população que vive em situação de vulnerabilidade social, decorrente de sua condição socioeconômica, de fatores políticos, da fragilização dos vínculos afetivos, entre outros fatores. Dessa forma, esse trabalho irá abordar como a proteção social é fundamental frente à precarização vivida pelos usuários das políticas públicas, dentre elas, a política de assistência social e de saúde (BRASIL, 2019).

A reflexão desenvolvida nesse trabalho fundamenta-se no entendimento de que a proteção social se constitui um desafio para contemporaneidade, tendo em vista que para ofertar esses serviços os profissionais precisam adentrar na realidade do indivíduo, sendo propositivo e intervindo para viabilizar exatamente a proteção que essa pessoa precisa, podendo encontrar entraves nas atitudes do próprio indivíduo, de seus familiares, amigos e comunidade, tem-se também o desafio de entender, de forma fidedigna, o que de fato está acontecendo, no contexto geral, para ofertar a proteção/cuidado mais adequada.

A proteção é um direito social fundamental e de responsabilidade do Estado, para garantir e suprir necessidades mínimas, vivenciadas pela população, desse modo, é importante realizar um aprofundamento dos conhecimentos sobre a

proteção, políticas públicas, intersetorialidade, sobre a atuação profissional e como se concretizam os desafios na atualidade buscando evenciar a proteção social como estratégia de intervenção na lógica da prevenção, tendo clareza da dificuldade de construção da intersetorialidade (SILVA, 2021).

As políticas públicas devem ser executadas tendo como base a diretriz da intersetorialidade, de forma descentralizada e participativa, como bem preconiza a Constituição Cidadã de 1988, porém, a integração e comunicação é deficitária entre serviços do SUS e do SUAS, o que vem fragilizando a integralidade da assistência e compromete a garantia do direito à proteção social na atualidade no que se refere ao bom atendimento à população (BRASIL, 2012).

A discussão sobre ação profissional traz à tona o debate sobre a intersetorialidade e suas possibilidades de gerar uma maneira diferente de pensar e agir frente as demandas que se fazem necessárias no que concerne à execução das políticas públicas de Saúde e Assistência Social.

É importante identificar que um dos princípios sistema público e gratuito, Sistema Único de Assistência Social - SUAS, é a articulação intersetorial com o Sistema Único de Saúde - SUS, que organiza a Política Pública de Saúde na qual deve ser realizada através da rede de serviços de maneira complementar, a exemplo de ações de cuidados assistência que se realizam dentro do mesmo território de abrangência. Desta forma, destaca-se a necessidade de aprofundar a discussão e o estudo sobre a forma de operacionalização e execução integrada destes sistemas públicos.

Na perspectiva da ação intersetorial tão preconizada nas normativas que orienta a execução das políticas públicas da seguridade social, Saúde e Assistência Social, identifica-se de extrema relevância uma prática interdisciplinar como mecanismo de suporte para a efetividade da intervenção conjunta entre as diversas profissões envolvidas nestes setores, devendo ser realizado fazendo uma análise do processo interdisciplinar (SPOSATI, 2018).

A aplicação da intersetorialidade no campo das políticas públicas e a possibilidade de se agregar conhecimentos técnicos, mostra-se crucial, haja visto que os profissionais especialistas de um determinado setor passaram a participar de ações coletivas e a socializar objetivos comuns, e verifica-se ainda o aumento de estudos sobre esta temática.



Diante desta conjuntura que envolve a execução das políticas públicas no tocante relação entre os setores e também no atendimento aos usuários de forma articulada e integral, buscando maior eficácia na resolutividade das demandas que em sua maioria exige integração, mostrou-se primordial um trabalho que identificasse os cenários das ações profissionais entre os trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria Municipal de Assistência Social do município de Senhor do Bonfim, estado da Bahia, objetivando identificar os limites, sucessos e possibilidades da efetividade, integralidade das intervenções junto aos usuários dos serviços, programas, projetos e benefícios das duas políticas públicas.

A integração e comunicação é deficitária entre serviços do SUS e do SUAS, o que fragiliza a integralidade da assistência ao usuário e compromete a garantia do direito à proteção social na atualidade e por este motivo buscou-se encontrar respostas para essa inquietação. Tendo em vista que existem os serviços, mas a relação, o diálogo entre eles nem sempre ocorre efetivamente.

Para a realização do estudo, utilizou-se a pesquisa de campo, além da pesquisa documental e da consulta a sites de organizações públicas, o que possibilitou a consulta aos livros, bancos de dados, artigos e revistas, que discutem sobre a temática em estudo. Adquiriu fundamental importância a consulta a sites que concentram dados estatísticos relativos ao SUAS, SUS, LOAS, NOB, PNAS, entre outros. Quanto aos autores consultados, destaca-se Boschetti (2000), Carvalho e Moljo (2018); Sposati (2011); Santos (2015), além de outros.

A revisão de literatura divide-se em seis tópicos, sendo: políticas públicas e proteção social no Brasil; Panorama dos sistemas públicos de saúde (SUS) e assistência social (SUAS); Território como espaço de execução integrada de políticas públicas; Reflexões sobre a intersetorialidade e os equipamentos públicos; e equipes de referências e interdisciplinaridade. Em seguida discorre-se sobre os materiais e métodos utilizados no estudo considerando os aspectos éticos da pesquisa, a metodologia aplicada, os instrumentos utilizados e a caracterização do local da pesquisa e da amostra; próximo item a ser apresentado são os resultados e discussões que foi subdividido em conformidade com o instrumento de coleta de dados. E por fim, as considerações finais acerca do presente estudo.

É salutar refletir que diante do contexto de pandemia da COVID 19 em que o mundo vem passando por um grande sofrimento e agravamento de questões sociais como desemprego, violência, doença mental e outras advinda do isolamento e distanciamento, o que ocasionou também a dificuldade na comunicação profissional durante esse período. Não obstante é evidente que a articulação, por meio de ações intersetoriais, é uma forma de proporcionar benefícios e serviços de saúde e assistência social aos usuários como resposta do Estado às necessidades demandadas.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Compreender pontos de vista sobre a integração inter profissional nos cenários de práticas no âmbito do Sistema Único de Assistência Social e do Sistema Único de Saúde.

### **2.2 Objetivos específicos**

- ✓ Descrever o cotidiano de trabalho de equipes interprofissionais da Atenção Primária à saúde e da assistência social;
- ✓ Analisar as ações que exigem ação complementar e integrada nas duas políticas públicas;
- ✓ Identificar expectativas futuras relacionadas ao trabalho, que emergem de equipes interprofissionais do SUS e do SUAS e os motivos que os levam a continuarem no desempenho das suas atividades;
- ✓ Analisar os cenários oportunizados aos profissionais do SUS e SUAS e as possibilidades de ampliação e qualificação dos serviços à população usuária;
- ✓ Identificar expectativas futuras relacionadas ao trabalho, que emergem de equipes interprofissionais do SUS e do SUAS;
- ✓ Descrever o cotidiano de trabalho de equipes interprofissionais da Atenção Primária à saúde e da assistência social.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Políticas públicas e proteção social no Brasil**

A proteção social supõe uma aproximação ao cotidiano da vida das pessoas, é nele que a presença de riscos e vulnerabilidades sociais confronta a capacidade de pessoas, famílias, segmentos e classes sociais em superá-los” (ANDRADE, 2010).

Ao abordarmos a discussão sobre políticas públicas e proteção social é necessário realizar um recorte histórico do país, e lembrar que existe um Brasil antes e depois da Constituição de 1988, sendo que esta “Carta Cidadã” trouxe a efetivação das conquistas das lutas dos movimentos sociais. Uma das maiores conquistas foi a Seguridade Social, prevista no seu artigo 194, a qual compreende “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

Mesmo com grande parte do debate sobre as políticas assistenciais nos anos 2000 voltado para os programas de renda para famílias pobres, principalmente após a criação do Programa Bolsa Família em 2003 e sua rápida expansão de cobertura, esse processo ocorreu junto a mudanças abrangentes na área da proteção social nas duas décadas que se seguiram à promulgação da CF, no plano da política, pelos processos de descentralização e participação; nas formas de governança pela flexibilização organizacional, pela formação de novos atores na formulação e implementação das políticas e na área da assistência social, pela construção de um sistema de proteção de caráter público e universal. (VAITSMAN et al., 2009).

Como regulamentação do artigo 204 da Constituição Federal - CF, foi estabelecida a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que dispõe a Assistência Social enquanto direito do cidadão e dever do Estado, constante do tripé da Seguridade Social, sendo não contributiva, a qual prevê os mínimos sociais e deverá ser realizada através de um conjunto integrado de iniciativas públicas e da sociedade, para atendimento as pessoas que dela necessitarem todo território nacional (SPOSATI, 2005).

Segundo Monnerat e Souza (2011) sob ponto de vista normativo, a concepção de seguridade social é entendida como “um conjunto integrado de ações

de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2002, art. 194). A inclusão da previdência, da saúde e da assistência como integrantes da Seguridade Social introduziu a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restrita apenas aos beneficiários da Previdência Social (BRASIL, 1988).

A noção de seguridade no Brasil implica em um redimensionamento da atenção a saúde e responsabilidade com os mais pobres, reconhecimento de que “a saúde e assistência social é direito de todos e um dever do estado” (Brasil, 2012) o que marcou uma mudança significativa com o modelo securitário representado pela medicina previdenciária, ampliando, assim, a própria concepção de direito à saúde.

Antes da referida Constituição, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas (FRATINI, 2008).

Podemos destacar e entender que políticas públicas existem para garantir e implementar os direitos sociais que estão assegurados na nossa Constituição Federal, e que estas equivalem e se operacionalizam por meio dos programas, ações e decisões tomadas pelos entes federados, união, estados e municípios, com a participação direta ou indireta de instâncias públicas ou privadas que visam assegurar determinado direito de cidadania para vários grupos da sociedade ou para determinado segmento social, cultural, étnico ou econômico.

Já Yaszbeq (2014) discorre que, em síntese, se a Constituição Federal cria uma arquitetura institucional e ético/política para a proteção social brasileira, e particularmente para a Política de Assistência Social, é também objeto de esvaziamento e desqualificação em seu processo de implantação no país. Como retrata, Behring e Boschetti (2008), ao afirmarem que há uma relação direta entre políticas sociais e a formatação da proteção social como padrão, sendo estes desdobramentos e respostas e até mesmo forma de enfrentamento às expressões multifacetadas da questão social.

Partindo do contexto acima descrito, destaca-se a necessidade de entender como as políticas de saúde e assistência social se operacionalizam para a garantia da Proteção/atenção Básica e Especial aos brasileiros. E ainda como afirmam Silva

e Tavares citados por Junqueira (2000) trazer a intersetorialidade para o centro do debate e sua prática requer ampla negociação, alcançando dimensão transetorial a partir das possibilidades de criar olhares e instaurar novos valores. A intersetorialidade “mecanismos de gestão e integração de ações, saberes e esforços de diferentes setores da política pública, com o objetivo de construir objetos comuns de intervenção entre eles, para o enfrentamento mais articulado dos problemas sociais”.

A política de proteção social da assistência social configura-se como uma nova situação para o Brasil. A mesma busca garantir a todos, que dela necessitam, e sem contribuição prévia a provisão dessa proteção e ainda enquanto direito do usuário e dever do estado brasileiro. Para isso, é necessário diagnosticar quem, quantos, quais e onde estão os brasileiros que demandam de serviços e atenções de assistência social. Para isto foi criado o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, se efetivando como uma ferramenta de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de baixarenda (BRASIL, 2005).

Na proposta do SUAS, é condição fundamental a reciprocidade das ações da rede de proteção social básica e especial, com centralidade na família, sendo determinado o estabelecimento de fluxo, referência e retaguarda entre as modalidades e as complexidades de atendimento, bem como a definição de portas de entrada para o sistema. Assim, a nova relação público e privado foi regulada, tendo em vista a definição dos serviços de proteção básica e especial, a qualidade e o custo dos serviços, além de padrões e critérios de edificação.

Neste contexto, as entidades prestadoras de assistência social também integram o Sistema Único de Assistência Social, não só como prestadoras complementares de serviços socioassistenciais, mas como co-gestoras através dos conselhos de assistência social e co-responsáveis na luta pela garantia dos direitos sociais em garantir direitos dos usuários da assistência social, vislumbrando assim o princípio da participação social. A participação social é um instrumento de planejamento de políticas públicas, proporcionou ao longo das ultimas décadas uma nova conjuntura, uma nova situação, trazendo e envolvendo a sociedade no processo de implementação e controle da coisa pública.

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB SUAS (2012) disciplina a gestão pública da Política de Assistência em todo território

brasileiro, exercida de forma sistêmica pelos entes federativos, em consonância com a Constituição Federal, de 1988, e a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) de 1993.

Em seu artigo primeiro a NOB (2012) dispõe que a política de assistência social, que tem por funções a proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa de direitos, organiza-se sob a forma de sistema público não contributivo, descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social - SUAS.

O artigo sexto da CF recebeu nova redação pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000 e define como direitos sociais: a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, traduzindo e ampliando a possibilidade de proteção social aos brasileiros (BRASIL, 2006)

## **3.2 Sistemas públicos SUS e SUAS**

### **3.2.1 Panorama do sistema público de saúde no Brasil**

Um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo é o SUS, tendo uma abrangência significativa procurando garantir o acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Sua criação proporcionou universalidade ao sistema público de saúde, passando a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (BRASIL, 2019).

Podemos refletir ainda que a gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os Municípios e que a rede que compõe o SUS é ampla, abrangente e composta por ações e os serviços de saúde que engloba a atenção básica, média e de alta complexidade (BRASIL, 2019).

O SUS foi implantado em 2005, e fora constituído nacionalmente com direção única, caracterizado pela gestão compartilhada e cofinanciamento das ações pelos três entes federados e pelo controle social exercido pelos Conselhos de Assistência Social dos municípios, Estados e União. Teve suas bases de implantação consolidadas, por meio da sua Norma Operacional Básica do SUAS (NOB SUAS), a

partir das deliberações da IV Conferência.

O SUS nasceu por meio da pressão dos movimentos sociais que entenderam que a saúde é um direito de todos, uma vez que, anteriormente à CF de 1988, a saúde pública estava ligada a previdência social e a filantropia. Ele é voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional (BRASIL, 2006).

A implantação do SUS transferiu para os municípios o poder de gestão evidenciando o processo de descentralização, a necessidade de investir na política de regionalização dos serviços de saúde, de modo a promover maior acesso da população à saúde, bem como maior equidade e racionalização na distribuição dos recursos. A Lei nº 8.080/90 consolidou o aparato legal da municipalização das ações e dos serviços da saúde, buscando a organização deles, apoiados nas estratégias de regionalização e hierarquização.

Com o processo de descentralização, a gestão do SUS, inicialmente, passou a ser regulada pelas normas operacionais básicas, que definem as responsabilidades dos municípios, Estado e União e, mais recentemente, pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde, e, por último, pelo Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006)

Diante das necessidades e dificuldades principalmente dos município ocorreu a pactuação com os demais entes federados para o compartilhamento da responsabilidade na gestão do sistema e da atenção em saúde por meio do chamado Pacto pela Saúde, tal instrumento produziu mudanças significativas no SUS. O referido processo de descentralização tem ampliado o contato do SUS com a realidade das necessidades da população, colocando os gestores à frente de desafios para organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, com ou buscando a qualificação da gestão (BRASIL, 2006).

Destacando os princípios fundamentais do SUS sendo: a universalização corresponde a saúde como um direito e dever do Estado; Equidade garante a equidade que significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Integralidade: junto com a integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas (BRASIL, 1993).

O SUS é organizado de acordo com as diretrizes relacionadas a seguir, e as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo assim um sistema único,: "I - descentralização, com



direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade” (BRASIL, 2006).

Ao SUS compete, além de outras atribuições: controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias; executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos; participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; incrementar científico e tecnológico; fiscalizar e inspecionar alimentos, e bebidas; participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; e ainda colaborar na proteção do meio ambiente (BRASIL, 2006).

O SUS enquanto sistema municipal de saúde apresenta níveis diferente de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atenderem usuários encaminhados por outro. Isto requer a negociação para tanto entre os gestores municipais. O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e a Comissão Intergestores Bipartite – CIB (BRASIL, 2006).

No tocante ao financiamento do SUS, este de responsabilidade das três esferas de governo e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos, ao respectivo fundo de saúde, e as transferências são realizada fundo a fundo. A porta de entrada do usuário no SUS é na Unidade Básica de Saúde (UBS), popularmente conhecida como posto de Saúde. A UBS é de responsabilidade de gerenciamento de cada prefeitura brasileira. Para facilitar o acesso do usuário, o município mapeia a área de atuação de cada UBS por bairro ou região. Cada municípe deverá ser acompanhado por uma equipe de Estratégia da Saúde da Família (ESF). A ESF acompanha a saúde do usuário, sendo o elo de informação da população com os profissionais de saúde da Unidade. É por meio da coleta de informações das equipes de ESF que é possível pensar em ações de saúde pública de forma regional e personalizada.

A Rede Ambulatorial do SUS é constituída por 56.642 unidades, sendo realizados, em média, 350 milhões de atendimentos ao ano. Esta assistência estende-se da atenção básica até os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade. O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo,

sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer. (BRASIL, 2012)

A atenção primária no SUS segundo a portaria 2.488 que aprova a revisão das suas diretrizes, orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. associa a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento (BRASIL, 2011).

### **3.2.2 Panorama do sistema público de assistência social no Brasil**

O Sistema Único de Assistência Social - SUAS é um sistema público que organiza os serviços de assistência social no Brasil. Com um modelo de gestão participativa, ele articula os esforços e os recursos dos três níveis de governo, isto é, municípios, estados e a União, para a execução e o financiamento da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), envolvendo diretamente estruturas e marcos regulatórios nacionais, estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Segundo a PNAS o SUAS organiza as ações da assistência social em dois tipos de proteção social. A primeira é a Proteção Social Básica, destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. A segunda é a Proteção Social Especial, destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros (BRASIL, 2012).

No SUAS também há oferta de Benefícios Assistenciais, prestados a públicos específicos de forma integrada aos serviços, contribuindo para a superação de situações de vulnerabilidade. Este também gerencia a vinculação de entidades e organizações de assistência social ao sistema, mantendo atualizado o Cadastro

Nacional de Entidades e Organizações de Assistência Social (CNEAS) e concedendo certificação a entidades beneficentes. A gestão proposta por esta política pauta-se no pacto federativo, no qual devem ser detalhadas as atribuições e competências dos três níveis de governo na provisão das ações socioassistenciais (BRASIL, 2019).

Há ainda pelo sistema público de assistência social a oferta de Benefícios Assistenciais, prestados a públicos específicos de forma integrada aos serviços, contribuindo para a superação de situações de vulnerabilidade. Também gerencia a vinculação de entidades e organizações de assistência social ao sistema, mantendo atualizado o Cadastro Nacional de Entidades e Organizações de Assistência Social e concedendo certificação a entidades beneficentes (BRASIL, 2019).

Para a NOB SUAS (2012) as ações da assistência social devem ser organizadas tendo como referência o território onde as pessoas moram, considerando suas demandas e necessidades. Como forma de aprimorar e qualificar o SUAS, visando adequar às realidades locais e regionais. Fortalecer e incrementar a intersetorialidade, como estratégia de gestão, visando garantir a proteção integral à família e indivíduos. Consolidar e fortalecer a gestão democrática e participativa na Assistência Social.

A PNAS tem por funções a proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa de direitos, organiza-se sob a forma de sistema público não contributivo, descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2012).

Para entender o que está diretamente ligado à assistência social, assim como a organização do SUAS é necessário e fundamental entender as categorias território, vulnerabilidade social e risco social. Estas categorias devem ser compreendidas a partir de uma abordagem multidimensional que leve em consideração a análise das relações entre as necessidades e demandas de proteção social em um determinado território e as possibilidades de respostas da política de assistência social, em termos de oferta de serviços, programas e benefícios à população (BRASIL, 2011).

Segundo o caderno de orientação do CRAS (2012) na consolidação do SUAS destacam-se a reorganização dos serviços por nível de proteção, a centralidade do Estado no acompanhamento às famílias, a territorialização das ações e a oferta de

serviços da Proteção Social Básica, prioritariamente para famílias beneficiárias de transferência de renda.

Os programas, projetos, serviços e benefícios devem ser desenvolvidos nas regiões mais vulneráveis, tendo a família como foco de atenção. As ações desta devem ser desenvolvidas pelas unidades públicas: Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), os Centros de Referência Especializados para a População em Situação de Rua e de forma complementar, pela Rede Socioassistencial Privada, dentre outros (BRASIL, 2012).

A Norma da Assistência Social prevê os princípios, que vão de encontro como os princípios previstos pelo Sistema Único de Saúde sendo: universalidade: todos têm direito à proteção socioassistencial, prestada a quem dela necessitar; gratuidade: prestada sem exigência de contribuição ou contrapartida; integralidade da proteção social: por meio da oferta das provisões em sua completude; intersetorialidade: integração e articulação da rede socioassistencial com as demais políticas e órgãos setoriais; equidade: respeito às diversidades regionais, culturais, socioeconômicas, políticas e territoriais (BRASIL, 2012).

Quinonero et. al. (2013) argumentam que o organizativo da “Integralidade da proteção social”, que se materializada e é garantida pela oferta das provisões [...] e o princípio da “Intersetorialidade” que se faz presente na busca de integração e articulação da rede socioassistencial com as demais políticas e órgãos setoriais, como os do Sistema de Garantia de Direitos.

Desta forma, as ações desenvolvidas pela PNAS devem estar permeadas pelo conjunto de políticas públicas sociais, porque o sentido de proteção social extrapola a possibilidade de uma única política social e requer o estabelecimento de um conjunto de políticas públicas que garantam direitos e respondam a diversas e complexas necessidades básicas (PEREIRA citado por CFESS, 2011).

Ao analisar os dois sistemas públicos, entende-se que a proteção/atenção básica e primária é o pilar de seus atendimentos os quais demandam que estes tenham uma organização clara e integrada. De acordo com os parâmetros para a atuação de assistentes sociais (...) entende-se por proteção social básica ‘ações preventivas, que reforçam a convivência, socialização, acolhimento e inserção e possuem um caráter mais genérico e voltado prioritariamente para a família’

(CFESS, 2011)

### **3.3 Território como espaço de execução integrada de políticas públicas**

A perspectiva territorial trazida tanto pelo SUS, quanto pelo SUAS representa uma mudança paradigmática de relevância, tendo em vista que as ações públicas da área da assistência social e da saúde devem ser planejadas territorialmente, tendo em vista a superação de sua fragmentação, o alcance da universalidade de cobertura, a possibilidade de planejamento. E ainda a importância do monitoramento da rede de serviços e a realização da vigilância para melhor identificar os problemas presentes nos territórios de maior incidência de vulnerabilidade (BRASIL, 2008).

Para Sposati (2008) o território é dinâmico, pois, para além da topografia natural, decorrente das relações entre os que nele vivem das relações destes com os que vivem em outros territórios. Território não é gueto, apartação, mas mobilidade. Por isso, discutir medidas de um território é assunto bem mais complexo do que definir sua área, pois implica em considerar o conjunto de forças e dinâmicas que nele operam.

A criação e o funcionamento do SUS no município possibilita uma grande responsabilização a estes no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território, configura uma nova forma de olhar o espaço onde as pessoas residem, de construir possibilidades deste não terem que sair de seu lugar para procurar cuidados por meio das políticas públicas (BRASIL, 2006).

Na estrutura da gestão do SUAS, o mapeamento territorial configura responsabilidade da Vigilância Socioassistencial. Sendo esta uma das funções centrais da Política de Assistência Social. Essa área é responsável por desenvolver capacidades e meios técnicos para viabilizar o mapeamento do território, gerenciando sistemas da Rede SUAS que captam informações sobre as vulnerabilidades, ofertas, unidades, OSCs, recursos humanos, políticas públicas, dentre outras, presentes no território, além de analisar dados e elaborar estudos que subsidiem as tomadas de decisão e a qualificação da gestão pública (BRASIL, 2022).

Entende-se por promoção da articulação intersetorial no território de abrangência como uma ação coletiva, compartilhada e integrada a objetivos e possibilidades de outras áreas, tendo por escopo garantir a integralidade do atendimento aos segmentos sociais em situação de vulnerabilidade e risco social

(BRASIL, 2009).

Tendo como norte as ações pensadas para as políticas públicas de saúde e de assistência social, onde o agir tem como prioridades a prevenção de agravos, é necessário dispor de informação, conhecer o território e as famílias que nele vivem. A identificação e o conhecimento das situações de vulnerabilidade e risco social devem ser utilizados como fonte para o planejamento municipal, para a definição de serviços socioassistenciais a serem ofertados em cada território e para a ação preventiva nos territórios onde ficam localizados os serviços, a exemplo do CRAS e das UBS.

Kastrup (2011) expõe que habitar um território é um processo que envolve o "perder tempo", que implica errância e também assiduidade, resultando numa experiência direta e íntima com a matéria [...] habito o território onde me sinto em casa, tenho habilidades e realizo movimentos que parecem espontâneos. [...] O manejo habilidoso é um agir em fluxo, uma lida com as coisas e as situações, uma atividade e uma prática. No entanto, é preciso atentar para o fato de que tanto a invenção de problemas quanto a solução de problemas estão aí presentes.

Desta feita atuar em um território exige ser sensível as suas questões, é andar e viver suas fragilidades e potencialidades, para tanto atuação profissional frente as políticas públicas toma corpo e materialidade quando entende-se a importância deste espaço a ser explorado e o respeito a quem nele habita e demanda cuidado e atenção.

Para Schneider apud Pereira et al. (2011) "o território passa a ser uma unidade de referência, um nível de operação e agregação adequado para operar o planejamento de ações governamentais e políticas públicas que promovam mudanças e transformações múltiplas no espaço social".

O caderno de orientação do CRAS dispõe que a gestão no território da proteção básica responde ao princípio de descentralização do SUAS e tem por objetivo promover prevenção, de forma a disponibilizar serviços no local de moradia das famílias, racionalizar as ofertas e traduzir o referenciamento dos serviços em ação concreta, tornando uma referência para a população local e para os serviços setoriais (BRASIL, 2009).

A articulação intersetorial promove o diálogo entre as políticas públicas com seus setores e equipamentos existentes no território possibilitando um maior acesso das famílias aos serviços setoriais. Potencializa os objetivos das agendas

intersetoriais dentro do município, contribuindo para a definição da prioridade de acesso, aos serviços públicos, pelas famílias, principalmente aquelas em situação de maior vulnerabilidade social e questões de saúde que podem ser agravadas.

### **3.4 Reflexões sobre a intersectorialidade entre os equipamentos públicos**

Observando os princípios organizativos das duas políticas públicas, destaca-se a intersectorialidade como um princípio convergente para a execução das ações de forma integrada, sendo assim é relevante realizar uma maior discussão acerca desta temática para assim entender melhor o processo de trabalho. Sobretudo, partindo de uma proposta que possibilite uma análise a partir do campo prático e cotidiano do fazer profissional dos profissionais que realizam atendimentos e acompanhamentos aos usuários demandantes das ações de saúde e assistência social que seriam mais eficazes se muitas vezes fossem executadas de forma articulada.

Monnerat e Souza (2014), destacam que na sua busca por resultados mais efetivos a área da saúde por meio da transversalidade de ações no campo social, mas ainda sua intervenção muito direcionada para questões específicas. Desta feita, ainda o que prevalece no campo da saúde coletiva, incluindo aí a definição da própria Organização Mundial da Saúde (OMS), é a ideia de ação intersectorial como articulação de vários setores para alcançar melhores resultados de saúde como por exemplo melhorar as taxas de mortalidade infantil, hipertensão, desnutrição e outras.

Para Rodrigues e Cruz (2015), a intersectorialidade constitui-se mediante a contraposição da situação setorial na qual se apoia as políticas sociais. Desta forma, ela busca ações integradas de setores de vários segmentos que atendem as demandas sociais da população em sua integralidade.

No tocante a esta temática da intersectorialidade, na produção bibliográfica, observa-se acúmulo e destaque nos campos da saúde pública e da administração pública, contudo, na assistência social fica mais no ponto de vista da organização tendo em vista que é o princípio norteador dos programas sociais, como exemplo do Programa Bolsa Família e do Serviço de Proteção integral à Família. De modo geral, a assistência social seja uma área de política que tem bastante clareza acerca da importância de se estabelecer estratégias de atuação intersectorial mas ainda é muito baixa seu poder de de prática, principalmente no tocante a capacidade institucional,

financeira e política. Isto se observa pela própria dificuldade que muitos municípios brasileiros ainda têm em efetivar o SUAS, principalmente pela sua necessidade em manter ações integradas com outras políticas públicas (MONNERAT e SOUZA, 2014).

Para melhor enfrentar os desafios da construção da cidadania no Brasil, as garantias sociais precisam da intersectorialidade. Conforme a Portaria nº 2.488/11, a Atenção Básica como ordenadora da rede de atenção, caracteriza-se dentro de um conjunto de ações de saúde intersectoriais, ligando todo o sistema de saúde de baixa, média e alta complexidade. Sua atuação pode ser em âmbito individual ou coletivo, com caráter preventivo em agravos, poder de realizar diagnóstico, cuidar do tratamento, da reabilitação e da manutenção da saúde. Os trabalhadores têm seu processo de trabalho executado por meio de práticas complementares ao cuidado, com gestão democrática e participativa, que gera responsabilidades sanitárias entre os autores envolvidos (RODRIGUES; CRUZ, 2015).

A PNAB tem como fundamentos e diretrizes, ter controle sobre o território mapeado para facilitar o planejamento, programações de ações descentralizadas setoriais e intersectoriais que venham a ter impactos positivos nos condicionantes e 43 nos determinantes em saúde do território (PINTO, 2012). A organização dos serviços deve assumir a função de acolher, escutar e oferecer respostas ao problema de saúde, da coletividade, ou pelo menos, diminuir danos e sofrimentos em qualquer setor da Atenção Básica.

A relação de vínculo e a responsabilidade dos profissionais da equipe garantem a continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado. O vínculo aparece por sua vez, como ferramenta importantíssima que consiste na construção de relações de afetividades e confiança entre usuário e trabalhador da saúde. Com o aumento dos laços sociais construídos ao longo do tempo, a responsabilidade pelo cuidado na saúde passa a ser socializada pelo atores envolvidos, sendo que os profissionais têm de atender muitas demandas, carregando entre si um potencial terapêutico (BRASIL, 2007).

Para atender diferentes povos e culturas num país marcado pela desigualdade de acesso imposta pela exclusão social e fazer cumprir os princípios e diretrizes do SUS, houve modificações no formato das equipes de saúde, que passaram a utilizar vários tipos de abordagens para promover saúde, como pode identificado em várias portarias, na NOAS e nas NOB SUS de 1991 até a última.



Trabalhar intersetorialmente é promover o fortalecimento das capacidades das políticas públicas de garantir resultados de forma integral junto as famílias e indivíduos e de seus direitos no conjunto dos serviços municipais, a serem demandados para saúde, assistência social e educação, por exemplo.

No caso do CRAS que funciona como uma porta de entrada para os serviços, programa e projetos da proteção social básica, que já é intersetorial por natureza, tendo em vista que articula e interage com outros serviços públicos internos e externos. E tem como foco a família, os problemas que chegam até as equipes do CRAS não se limitam a uma só questão, sendo sempre resultado de muitas situações e contextos que se acumulam, se sobrepõem e precisam de soluções diversas e conectadas (UNICEF, 2021).

Entender que ampliar a intersetorialidade melhora serviços, uma vez que todos os envolvidos passam a compreender distintas perspectivas dos problemas e se tornam mais capazes de formular soluções mais completas, sustentáveis, e, portanto, mais efetivas. Ter uma visão integral da família, realizar articulação sistemática entre os serviços, possibilita a ampliação da cobertura do atendimento na áreas de cobertura prevista para os equipamentos.

Na UBS, os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para outras especialidades clínicas, assim como atividades educativas, e cuidado na área por meio de visitas domiciliares .

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências. Com isso ajudam a diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais. A UPA oferece estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Nas localidades que contam com UPA, 97% dos casos são solucionados na própria unidade. Somente em casos de urgência e emergência traumáticas e não traumáticas.

Além disso, é a opção de assistência de saúde nos feriados e finais de semana quando a UBS está fechada. Há também a situação em que o usuário pode ser encaminhado da UBS para a UPA, dependendo da gravidade ou da necessidade de um pronto atendimento ou qualquer situação de emergência.

O papel dos hospitais é oferecer ao usuário do SUS atendimento de saúde

especializado de média e alta complexidade, como cirurgias eletivas (realizada em uma data adequada de acordo com a saúde do paciente) tratamentos clínicos de acordo com cada especialidade. Para chegar ao hospital, geralmente o usuário é encaminhado depois de ser atendido por uma UBS ou UPA, dependendo de cada caso. Tudo isso acontece devido ao processo de troca de informações entre as redes de atenção à saúde no SUS.

A tomada de decisão acerca da localização e da amplitude dos serviços de atenção primária a serem ofertados em um território delimitado constitui grande desafio ao planejamento e programação em saúde. Características geográficas, socioeconômicas, culturais e políticas devem ser consideradas, superando a lógica tecnosanitarista tradicionalmente hegemônica no planejamento setorial (SILVA et al., 2010).

A Resolução nº 109 do CNAS, de 11 de novembro de 2009, foi uma importante contribuição ao debate sobre os Serviços Socioassistenciais<sup>38</sup>, pois aprovou a tipificação nacional de Serviços Socioassistenciais, organizados por níveis de complexidade do SUAS: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade.

Na Assistência social os serviços ofertados através do equipamento público denominado Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) são divididos da seguinte forma: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); Serviço de convivência e fortalecimento de vínculo; Serviço de proteção social básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos. Os usuários desse tipo de proteção possuem menor risco e vulnerabilidade do que aqueles que necessitam da proteção social especial.

A proteção social especial é dividida entre média e alta complexidade, e se diferenciam pelo risco e vulnerabilidade, bem como pela necessidade de acolhimento do usuário fora do núcleo familiar. Os usuários da proteção social especial de média complexidade possuem seus direitos violados e se encontram vulneráveis, porém ainda inseridos no núcleo familiar. Por estarem em uma condição em que os vínculos familiares estão fragilizados ou ameaçados, o atendimento exige intensa articulação em rede para assegurar a efetividade e a garantia de sua superação. Seus serviços são ofertados através dos seguintes equipamentos, e divididos conforme descrito abaixo: Centro de Referência Especializado (CREAS)

tem o papel de executar, coordenar e fortalecer a articulação dos serviços socioassistenciais com as demais políticas públicas e com o sistema judiciário: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos (PAEFI); Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviços à Comunidade (PSC). Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP); Serviço especializado em abordagem social; Serviço especializado para pessoas em situação de rua.

Na proteção social de alta complexidade os vínculos familiares e comunitários foram rompidos ou extremamente fragilizados. O risco e a vulnerabilidade dos usuários desses serviços são muito maiores do que nos demais níveis de proteção e complexidade. Os serviços devem assegurar o fortalecimento dos vínculos familiares, sociais e o desenvolvimento da autonomia dos usuários, garantindo sua proteção integral por meio de atendimentos efetivos, e caso necessário, ambientes que os acolham adequadamente, os serviços de alta complexidade são oferecidos da seguinte forma: Serviço de acolhimento institucional: abrigo institucional; casa lar; casa de passagem; residência inclusiva; serviço de acolhimento em república; Serviço de acolhimento em família acolhedora; Serviço de proteção em situação de calamidades públicas e de emergências.

### **3.5 Equipes de referência para o SUS e suas e a intervenção profissional**

A Portaria nº 2.488, consolidou a Estratégia Saúde da Família como um serviço essencial e prioritário para reorganização da Atenção Básica no país. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre eles continuou sendo essencial na formação de ações compartilhadas, o trabalho interdisciplinar tem dado resultados favoráveis a ampliação progressiva dos núcleos de competências profissionais, enriquecendo o campo comum de competências, das pesquisas científicas, gestão e da capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2011).

A portaria citada acima, dispõe sobre as seguintes características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica: definição do território de atuação e de população sob responsabilidade [...] agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais [...] desenvolver ações que priorizem os grupos de risco [...]

realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco [...] realizar atenção no domicílio, em locais do território; desenvolver ações educativas [...] implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo [...] constituição de vínculos solidários [...] desenvolver ações intersetoriais [...] realizar o cuidado compartilhado (BRASIL, 2011).

Os conceitos de referência e contra-referência em saúde, apesar de se constituírem como uma das bases da mudança almejada para o setor, ainda se encontram num estágio de pouco desenvolvimento, tanto em relação aos seus possíveis sentidos teóricos quanto no que refere referência e contra-referência na integralidade em saúde à efetivação e divulgação de experiências, exitosas ou não (FRATINI, 2008).

Buscando reforçar o poder de gestão da equipe interdisciplinar, o conceito de equipe de referência se apresenta enquanto um rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, objetiva fazer com que a unidade de gestão que compõe as organizações de saúde coincida com a unidade de produção interdisciplinar. A unidade organizacional menor passa a ser a equipe de referência. “A equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento” (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Em suma a equipe de referência contribui para tentar resolver ou minimizar a falta de definição de responsabilidades, de vínculo terapêutico e de integralidade na atenção à saúde, oferecendo um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Equipes de referência são aquelas constitutivas por servidores efetivos responsáveis pela organização e oferta de serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e especial, levando-se em consideração o número de famílias e indivíduos referenciados, o tipo de atendimento e as aquisições que devem ser garantidas aos usuários (NOB-RH/SUAS: anotada e comentada, 2011).

Ainda segundo a NOB-RH/SUAS, são denominadas equipes de referência por se organizarem com características e objetivos adequados aos serviços que realizam, de acordo com a realidade em que atuam e com os recursos que dispõem. São entendidas como um grupo de profissionais com diferentes conhecimentos, que tem objetivos comuns e definem coletivamente estratégias para alcançá-los. Essas

equipes devem desenvolver seu trabalho de forma que passem a conhecer os usuários que estão sob sua responsabilidade e fique reconhecida por eles, a fim de se tornarem uma referência quando necessitarem dos serviços socioassistenciais.

Muniz (2011) afirma que a articulação e integração entre as ações, apontando para a necessidade de um diálogo interdisciplinar que aproxime os saberes específicos oriundos das diferentes profissões que se juntam na gestão e operação do SUAS, que seja compreensível aos diversos interlocutores.

A composição das equipes de referência se dá por categorias profissionais de nível superior, orientadas por códigos de ética e, portanto, agregam essa dimensão aos serviços e benefícios, à gestão do SUAS. Estabelece que os princípios éticos das respectivas profissões deverão ser considerados ao se elaborar, implantar e implementar padrões, rotinas e protocolos específicos, para normatizar e regulamentar a atuação profissional por tipo de serviço socioassistencial (BRASIL, 2011).

Segundo a NOB-RH/SUAS, as equipes de referência para o CRAS é dividida por porte de município, a exemplo: para os municípios de pequeno porte I (até 2.500 famílias referenciadas) deve ser composta por: dois técnicos de nível superior, sendo um profissional assistente social e outro preferencialmente psicólogo e dois técnicos de nível médio. Nos municípios de pequeno porte II (até 3.500 famílias referenciadas) deve ser composta por: três técnicos de nível superior, sendo dois profissionais assistentes sociais e preferencialmente um psicólogo e três técnicos de nível médio. Já nos municípios de médio, cujo caso é o porte do município de Senhor do Bonfim (foco deste estudo) e grande porte, nas metrópoles e no Distrito Federal (a cada 5.000 famílias referenciadas) a equipe deve apresentar quatro técnicos de nível superior, sendo dois profissionais assistentes sociais, um psicólogo e um profissional que compõe o SUAS, e ainda quatro técnicos de nível médio.

A Resolução do CNAS nº 17/2011, em seu artigo 1º estabelece que, a equipe da PSB deve ser composta obrigatoriamente por Assistente Social e Psicólogo, podendo ter ainda na equipe outros profissionais.

### **3.6 Interdisciplinaridade na garantia da proteção**

Para Oliveira e Moreira (2017) citando Leff, “a interdisciplinaridade, portanto, deve ser entendida não somente como um método integrador e sim como uma alternativa transformadora para os paradigmas atuais do conhecimento”

As autoras ainda pontuam que, distintas reflexões sobre a compreensão da interdisciplinaridade existe e que esta deve ser vista com cuidado e reserva, por serem produzidas a partir da realidade que os contextualizam, estando, portanto, em constante movimento (OLIVEIRA; MOREIRA, 2017).

No tocante a temática em questão, relacionado à prática cotidiana de trabalhadores dos sistemas único de saúde e de assistência social frente a questão da intersectorialidade das políticas públicas, o que remete a uma ação interdisciplinar pode-se destacar que do:

(...) trabalhador de hoje os empregadores exigem habilidade para o trabalho em equipe, a capacidade de iniciativa, o gosto pelo risco. Portanto, o trabalhador superespecializado, perdeu espaço para aquele capaz de projetar, executar e avaliar. Diante disso, se o mercado de trabalho passa a perfilar o profissional para os dias de hoje, com características assertivas, empreendedoras, sociáveis, disciplinadas e analíticas, isso significa que a universidade deve repensar também o seu papel na formação do profissional para atender as exigências mercadológicas, além, é claro, de prepará-lo para viver a cidadania plena, com todos os seus direitos e deveres que é a sua missão principal (DELORS citado por OLIVEIRA; MOREIRA, 2017).

Fazenda (2002) aponta que a interdisciplinaridade é uma atitude coletiva diante da questão do conhecimento, um projeto em que causa e intenção coincidam, um fazer que surja de um ato de vontade e que, portanto, exige uma imersão no trabalho cotidiano. Dessa forma, a interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre especialistas e pela integração das disciplinas num mesmo projeto.

A perspectiva interdisciplinar não fere a especificidade das profissões e tão pouco seus campos de especificidade. Muito pelo contrário, requer a originalidade e a diversidade dos conhecimentos que produzem e sistematizam acerca de determinado objeto, de determinada prática, permitindo a pluralidade de contribuições para compreensões mais consistentes deste mesmo objeto, desta mesma prática (MARTINELLI, 1995).

O trabalho interdisciplinar é baseado na interdependência entre os profissionais envolvidos, respeitando a área particular de competência de cada um, assim a presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre eles continuou sendo essencial na formação de ações compartilhadas, o trabalho interdisciplinar tem dado resultados favoráveis a

ampliação progressiva dos núcleos de competências profissionais, enriquecendo o campo comum de competências, das pesquisas científicas, gestão e da capacidade de cuidado de toda a equipe.

É necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva a diluição de suas particularidades profissionais. São as diferenças que permitem unir os profissionais, enriquecendo o trabalho em equipe, constituindo a possibilidade de atuar nas diferenças. A equipe unir-se na diversidade e isto é muito rico. Neste contexto, o profissional de serviço social, por exemplo, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação dos mesmos processos sociais e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o distingue de outros profissionais. Cada um desses especialistas, em decorrência de sua formação e das situações com que se defronta, na sua história social e profissional, desenvolve sensibilidade e capacitação teórico-metodológica para identificar nexos e relações (IAMAMOTO, 2012).

O trabalho em equipe exige convivência entre os profissionais, no compartilhamento das decisões, onde cada membro tem a sua função e busca alternativas para determinados questionamentos ou situações, onde a principal marca é a responsabilidade e o respeito aos colegas, sempre visando à qualidade dos serviços prestados aos usuários.

## **4. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

Para abordagem do problema, utilizou-se do método de pesquisa qualitativa, entendendo que devido as peculiaridades do objeto de abordagem de cunho apenas quantitativo limitaria o estudo a resultados sem análise ou aprofundamento sobre a carga subjetiva que perpassa os conteúdos analisados.

Primeiramente foi realizado a problematização do tema a ser estudo sendo construída surgindo a seguinte inquietação: A fragilidade no processo de comunicação e integração entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS) prejudica a integralidade da assistência ao usuário?

Em seguida elaborou-se um projeto de pesquisa o qual foi submetido a qualificação e realizado o levantamento bibliográfico para fundamentar o objetivo da mesma; a coleta e análise dos dados e conseqüentemente do presente estudo.

### **4.2 Local do estudo**

A pesquisa foi realizada nos equipamentos públicos das Secretarias Municipais de Saúde e de Assistência Social, ligados administrativamente a Prefeitura Municipal de Senhor do Bonfim, estado da Bahia.

Senhor do Bonfim é um município brasileiro localizado no centro norte da Bahia. Localizado a 375 km da capital Salvador, tem uma população de aproximadamente 80.769 habitantes, de acordo com estimativas do IBGE, integra o território de identidade do Piemonte Norte do Itapicuru, é considerado de médio porte, com gestão plena pela determinação do Ministério da Cidadania.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho e em horário combinado com os profissionais envolvidos e com autorização prévia do responsável legal pela instituição onde o entrevistado é lotado, tendo como base a carta de anuência (constante nos apêndices). Mesmo aquelas entrevistas realizadas no formato online o agendamento foi para os horários de trabalho ou aquele em que o entrevistado estivesse em melhores condições para a mesma.



### 4.3 Participantes do estudo - amostra

A amostra da pesquisa foi intencional e os profissionais participantes foram selecionados de forma a contemplar as unidades/equipamentos da zona rural e urbana, do município, ligados as duas políticas públicas em questão em territórios de abrangência convergente, mas atentando os seguintes critérios de inclusão: participação voluntária na pesquisa, leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido; formação de ensino superior, e ação profissional nos serviços, programas, projetos e benefícios da política de saúde e/ou assistência social do município de Senhor do Bonfim superior a um ano. Os profissionais de nível superior deveriam compor a equipe multiprofissional lotados nos serviços e programas das áreas de Saúde e de Assistência Social do município de Senhor do Bonfim - BA, e que aceitaram participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

É relevante destacar que os profissionais são aqueles definidos pela Política Nacional de Atenção Básica e também de acordo com as resoluções CNAS Nº 17, de 17 de junho de 2011, que ratifica a equipe de referência definida pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social- NOB-RH/SUAS e reconhece as categorias profissionais de nível superior para atender as especificidades dos serviços socioassistenciais e das funções essenciais de gestão do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e ainda a resolução CNAS nº 09 de 15 de abril de 2014 ratifica e reconhece as ocupações e as áreas de ocupações profissionais de ensino médio e fundamental do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). E ainda o que está previsto pela portaria nº 37, de 18 de janeiro de 2021, que redefine registro das equipes de atenção primária e saúde mental no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde(CNES).

Sendo assim, Lakatos (2003) diz que problema da amostragem é, portanto, escolher uma parte de tal forma que ela seja a mais representativa possível do todo e, a partir dos resultados obtidos, relativos a essa parte, poder inferir, o mais legitimamente possível, os resultados da população total, se esta fosse verificada.

Os critérios de exclusão na amostra foram: os profissionais que estavam de férias ou licença durante o momento da coleta de dados e ainda que se negaram a participar da entrevista.

A amostra foi de 20 profissionais lotados na Secretaria Municipal de Saúde e

de Assistência Social do município de Senhor do Bonfim que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona urbana e rural, Núcleo Ampliado de Saúde Mental, e Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), e na UPA. Na Assistência Social: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), Programa Primeira Infância (PIS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Serviço de Acolhimento para Crianças, Vigilância Socioassistencial e Programa Bolsa Família (PBF).

#### **4.4 Coleta de dados**

A pesquisa de campo foi realizada através da aplicação dos instrumentos de pesquisa, utilizado a abordagem triangular de técnicas que possibilitasse um olhar sob diferentes dimensões da pesquisa, onde os dados foram coletados por meio do instrumental de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas, direcionada por um roteiro, e observação direta realizada no momento da entrevista. Para Luna, (2011), a observação direta refere-se ao registro de uma dada situação/fenômeno enquanto ela/ele ocorre.

Em virtude da infecção da COVID- 19, foi necessário a utilização de medidas de proteção/prevenção para evitar o contágio durante as entrevistas, para tanto as mesmas foram agendadas previamente, e realizadas no local de trabalho, onde o ambiente já está diariamente preparado para receber o profissional, com todas as medidas já fornecidas pela Secretaria de Saúde e Assistência Social do município, contudo, foi disponibilizado pela pesquisadora, álcool em gel, máscara tripla descartável com filtro e elástico, caneta individual, água mineral individualizada caso o entrevistado tivesse sede, álcool líquido para higienização da mesa e cadeira a ser utilizada e manutenção de distância adequada entre nós.

Foi realizada durante a abordagem inicial a recomendação quanto a tomada de todas as doses de vacina da COVID-19, assim como a de reforço. E ainda orientação quanto ao caso de infecção durante a pesquisa, orientando que procure atendimento junto à equipe de monitoramento e vigilância da Secretaria de Saúde do município de Senhor do Bonfim e/ou entre em contato a pesquisadora para que possa prestar uma maior atenção e orientação acerca de testagem e cuidado

necessários durante a infecção e ainda concessão do contato da equipe de monitoramento do município.

Tendo em vista o agravamento da situação das síndromes gripais e o surgimento de variantes do COVID 19, e como forma de garantir a segurança dos profissionais algumas entrevistas foram realizadas na modalidade online cumprindo todas as orientações para garantir a prevenção e disseminação do vírus.

Segundo Schmidt, Palazzi e Piccinini (2020) apesar dos desafios, as entrevistas *online* apresentam potencialidades, sobretudo no que diz respeito à realização de estudos qualitativos no contexto de distanciamento social imposto pelo período da pandemia, mostrando-se como uma alternativa para cenário do momento. Para isto foi utilizado a plataforma de vídeo conferência google meet, está é gratuita e permite aos participantes utilizem em navegador web, entrevistador e participantes precisam criar uma conta no Google.

A entrevista presencial (face a face) é a estratégia mais tradicional de coleta de dados qualitativos. [...] em função da medida sanitária de distanciamento social, as entrevistas presenciais tendem a ficar inviabilizadas, o que afeta a realização de muitas pesquisas. [...] portanto, faz-se necessário ampliar as estratégias de coleta de dados para contemplar adaptações e novos recursos que permitam a continuidade das pesquisas, apesar da pandemia (SCHMIDT, PALAZZI e PICCININI, 2020).

Segundo Costa, Dias e Luccio (2008), as entrevistas on-line são adequadas sempre que essa condição básica for satisfeita e o objetivo da pesquisa permitir seu uso. [...] desejáveis quando os próprios participantes da pesquisa sugerem que se sentiriam mais à vontade em uma entrevista on-line.

As entrevistas foram gravadas e armazenadas em pen drive e HD externo, para possibilitar uma melhor transcrição das falas e resguardo do sigilo.

Para melhor expor o perfil dos participantes da pesquisa, utilizou-se do questionário sociodemográfico que contempla dados que retratam informações que permeiam sobre o sexo, idade, a formação profissional, escolaridade, local de trabalho, tempo de exercício da profissão, vínculo empregatício. Na busca de abranger a concepção dos entrevistados acerca da integração entre as duas políticas públicas, utilizou-se também de partes que constavam de perguntas abertas.

#### 4.5 Análise de dados

A análise dos dados do presente trabalho foi de cunho descritivo por meio da utilização de técnica de análise de conteúdo, que possibilitasse a identificação da percepção dos trabalhadores de nível superior sobre o desenvolvimento das ações intersetoriais no contexto do processo de trabalho nas unidades de atendimento das Secretarias de Saúde e de Assistência Social do município de Senhor do Bonfim - Bahia.

Bardin (1977) retrata que a análise de conteúdo se estrutura por meio de fases fundamentais, sendo elas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e a interpretação. E que se refere ainda a procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a aquisição de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens.

A etapa seguinte foi a avaliação e análise dos dados que buscando garantir o alcance dos resultados previsto em conformidade com os objetivos desta pesquisa que remete a identificação de percepções, de caracterização de perfil e de práticas, em acordo com Gil (2013) a preocupação é descrever com precisão as características, utilizando instrumentos padronizados de coleta de dados, como questionários e formulários, levando aos resultados de natureza quantitativa. A preocupação nos estudos de campo, é com a descrição, que deve ser mais profunda, levando o pesquisador a preferir a utilização de depoimentos e entrevistas com níveis diversos de estruturação.

Ainda quanto à análise dos dados foi procedida em quatro partes e suas temáticas para obtenção das respostas, de acordo com as perguntas do roteiro e os objetivos propostos, sendo: uma primeira foi a caracterização sociodemográfica do grupo estudado a partir de dados como por profissão, idade, tempo de formação e atuação profissional. A segunda parte corresponde a percepção dos entrevistados acerca do cotidiano de trabalho que estes realizam junto aos usuários da atenção básica da saúde e da proteção social básica de assistência social; a terceira acerca da descrição das ações que exigem ação complementar e integrada nas duas políticas públicas; e a quarta sobre formação profissional e prática interdisciplinar.

Creswell (2010) destaca que o processo de análise dos dados envolve extrair sentido dos dados a partir das informações fornecidas pelos participantes.

Para análise dos dados qualitativos, utilizou-se como técnica a análise de discurso, que segundo Chizzotti (2008) parte do pressuposto de que o léxico constitui uma síntese da realidade e a frequência do seu uso pode revelar a concepção do seu emissor, os seus valores, opções e preferências. O propósito é ir além do descrito, fazendo uma decomposição dos dados e buscando as relações entre partes que foram decompostas, sendo na interpretação a busca pelo sentido das falas e das ações para se chegar a uma compreensão ou explicação que vão além do descrito e analisado (MINAYO, 2010).

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento de sua identidade, no compromisso em manter o sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa os participantes foram denominados “Profissional”, seguida da numeração de participantes do estudo (01 a 20).

Os dados coletados na pesquisa sendo: as gravações, entrevistas, ficarão armazenados em pen drive e HD externo, e serão arquivados sob a responsabilidade de Adriana Lima dos Santos, pelo período de no mínimo 05anos.

#### **4.6 Procedimentos éticos**

Para realização desta pesquisa no âmbito da Prefeitura Municipal de Senhor do Bonfim, Estado da Bahia, contou-se com a Carta de Anuência e termo de compromisso e sigiloda Secretaria Municipal de Saúde, e da Secretaria Municipal Assistência Social. Somente participaram da pesquisa, os trabalhadores que assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)”. Todos os procedimentos da pesquisa foram submetidos ao Comitê de Ética do IF Sertão, e encontra-se registrado sob o nº CAAE nº 56145521.7.0000.8052.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Para o alcance de respostas aos objetivos e a hipótese prevista para este estudo, foram realizadas entrevistas, onde as mesmas foram gravadas em ambiente reservado, requisito para preservação do sigilo e anonimato. Os áudios foram digitados e reservados em códigos. Considerando o número da amostra, decidiu-se para identificar os entrevistados, usar o termo profissional e uma numeração tendo como ordem as datas em que as mesmas foram realizadas. Foram realizadas exaustivas sessões de leituras dos textos transcritos, de modo a esgotar o máximo possível todas as prováveis falhas em relação ao objetivo da pesquisa, tentando entendê-los em sua especificidade.

A estrutura da análise de dados foi organizada em quatro partes seguindo as questões do roteiro de entrevistas, onde foram criadas categorias de acordo com as respostas, tornando-se possível separar focos de análise. A forma de organização do material permitiu uma compreensão peculiar das falas dos profissionais, permitindo uma análise contextualizada do material extraído, tornando possível o diálogo com o conhecimento já existente, em particular toda a revisão de literatura.

Para subsidiar a análise de conteúdo dos achados nas entrevistas foi realizada a relação com as abordagens e a forma de intervenção das equipes de referência segundo as normativas do Ministério da Saúde e da Cidadania, e da Prefeitura Municipal de Senhor do Bonfim sendo: cadernos de orientação, leis, portarias, decretos para embasar a análise acerca do funcionamento dos equipamentos dos sistemas públicos SUS E SUAS que proporcionou os resultados e discussões acerca da temática estudada.

### **5.1 Características sociodemográficas**

Foram convidados a participar da pesquisa 20 funcionários da Prefeitura Municipal de Senhor do Bonfim de diferentes profissões, lotados nos equipamentos da Secretaria Municipal de Assistência Social e na Secretaria Municipal de Saúde.

**Figura 1 – Sede da Secretaria Municipal de Assistência Social, Senhor do Bonfim (BA), 2022.**



Fonte: ASCOM Senhor do Bonfim/ 04.05.2022.

**Figura 2 – Sede da Secretaria Municipal de Saúde, Senhor do Bonfim (BA), 2022**



Fonte: ASCOM Senhor do Bonfim/04.05.2022.

As características sociodemográficas dos participantes estão apresentadas no Quadro 1, os dados quanto ao tempo de atuação no serviço/secretaria e o vínculo empregatício com o município dos participantes da pesquisa, uma característica dominante dos profissionais da assistência social e saúde é que dividem seu tempo em outros espaços de trabalho, inclusive em outros municípios da região. Um fator positivo diagnosticado é que a grande maioria dos trabalhadores tem vínculo efetivo junto ao município o que proporciona aumento da referência destes à assistência social e saúde.

**Quadro 1: Perfil sociodemográfico dos entrevistados, Senhor do Bonfim (BA), 2022.**

<b>PROFISSIONAL ENTREVISTADO</b>	<b>SEXO</b>	<b>IDADE</b>	<b>PROFISSIONAL</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>	<b>VÍNCULO</b>
<b>Profissional 01</b>	M	37 anos	Assistente social	Pós- graduação (especialista)	3 a 5 anos	Efetivo
<b>Profissional 02</b>	M	43 anos	Assistente social	Pós- graduação (especialista)	3 a 5 anos	Efetivo
<b>Profissional 03</b>	F	32 anos	Assistente social	Pós- graduação (especialista)	1 a 2 anos	Efetivo
<b>Profissional 04</b>	F	32 anos	Psicóloga	Pós- graduação (especialista)	1 a 2 anos	Efetivo
<b>Profissional 05</b>	F	28 anos	Enfermeira	Pós- graduação (especialista)	11 meses	Contrato
<b>Profissional 06</b>	F	35 anos	Enfermeira	Pós- graduação (especialista)	3 a 5 anos	Efetiva
<b>Profissional 07</b>	F	40 anos	Assistente social	Pós- graduação (especialista)	Mais de 10 anos	Efetiva
<b>Profissional 08</b>	F	56 anos	Assistente social	Pós- graduação (especialista)	Mais de 10 anos	Efetiva
<b>Profissional 09</b>	F	39 anos	Psicóloga	Pós- graduação (doutorado)	3 a 5 anos	Efetivo
<b>Profissional 10</b>	F	40 anos	Assistente social	Pós- graduação (especialista)	1 a 2 anos	Efetivo
<b>Profissional 11</b>	F	37 anos	Psicóloga	Pós- graduação (especialista)	3 a 5 anos	Efetivo
<b>Profissional 12</b>	F	31 anos	Psicóloga	Pós- graduação (especialista)	1 a 2 anos	Comissionada
<b>Profissional 13</b>	F	41 anos	Assistente social	Pós- graduação (especialista)	1 a 2 anos	Comissionada
<b>Profissional 14</b>	F	37 anos	Assistente social	Pós- graduação (especialista)	3 a 5 anos	Efetivo
<b>Profissional 15</b>	M	41 anos	Licenciatura em filosofia	Pós- graduação (especialista)	1 a 2 anos	Comissionado
<b>Profissional 16</b>	F	33 anos	Assistente social	Pós- graduação (especialista)	3 a 5 anos	Efetiva
<b>Profissional 17</b>	F	53 anos	Assistente social	Pós- graduação (especialista)	1 a 2 anos	Contratada



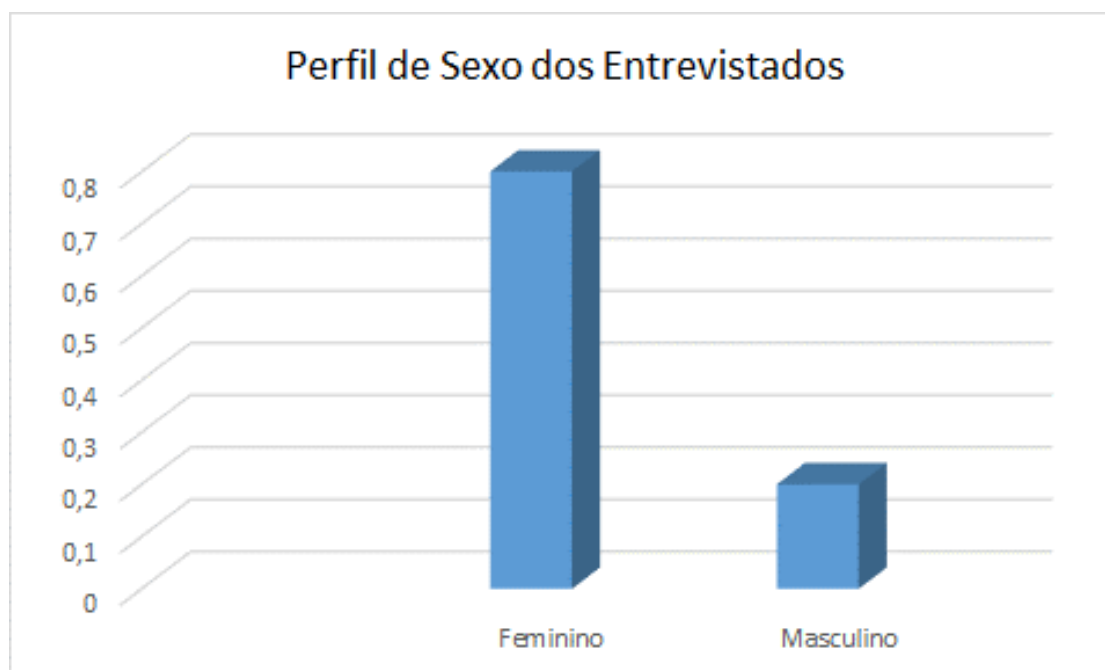
<b>Profissional 18</b>	F	45 anos	Assistente social	Pós- graduação (especialista)	3 a 5 anos	Efetiva
<b>Profissional 19</b>	F	50 anos	Assistente social	Pós- graduação (especialista)	3 a 5 anos	Efetiva
<b>Profissional 20</b>	M	39 anos	Advogado	Pós- graduação (especialista)	1 a 2 anos	Contratado

Fonte: ASCOM Senhor do Bonfim/04.05.2022

Quanto a idade dos participantes, a maioria se enquadra no perfil entre 30 e 45 anos. Sobre a profissão a maioria da amostra é formada por profissionais: Assistente sociais, Psicólogos, Enfermeiros, Advogados e 1 licenciatura, mas que ocupa cargo de coordenação. A maior predominância da área do serviço social, correspondendo a 12 pessoas. Todos são pós graduados e 03 pessoas estão em estágio probatório entre 1 e 2 anos de serviço.

Sobre o vínculo empregatício 14 dos entrevistados são do quadro efetivo. Ao que corresponde ao sexo a amostra é composta de 18 do sexo feminino e apenas 04 do sexo masculino (Figura 3).

**Figura 3 – Representação gráfica referente à distribuição por sexo dos entrevistados, Senhor do Bonfim (BA), 2022.**



Fonte: Autores, 2022.

É relevante refletir que a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social - NOB-RH/SUAS e a NOB SUS e demais normativas, definem quais são as categorias que devem atuar nos serviços de referência dos equipamentos público dos dois sistema em questão, e podemos destacar que as categorias profissionais citadas no gráfico acima todas se enquadram no que e previsto, por exemplo pela resolução 17/2011 em seu Art. 1º que ratificar a equipe de referência, no que tange às categorias profissionais de nível superior, que devem compor obrigatoriamente as equipes de referência - da Proteção Social Básica: Assistente Social; Psicólogo. Já para a Proteção Social Especial de Média Complexidade: Assistente Social; Psicólogo; Advogado. E para a Proteção Social Especial de Alta Complexidade: Assistente Social; Psicólogo (Brasil, 2011).

Esta mesma resolução ainda preconiza que com a finalidade de aprimorar e qualificar os serviços socioassistenciais, estas categorias profissionais de nível superior poderão integrar as equipes de referência considerando a necessidade de estruturação e composição, a partir das especificidades e particularidades locais e regionais, do território e das necessidades dos usuários (BRASIL, 2011).

O Censo SUAS de 2021 declara que na secretaria de Assistência Social de Senhor do Bonfim tem 51 trabalhadores/as do SUAS de nível superior, que, no dia a dia, efetivam a proteção social nos mais de 85 mil municípios, eles estão nos CRAS, CREAS, Cadastro Único, nos serviços de acolhimento, de convivência, sejam em funções de gestão ou de atendimentos diretos.

Na Secretaria Muniicipal de Saúde, temos segundo o relatório de gestão uma média de 140 profissionais de nível superior atuando no serviços de saúde da rede municipal.

Uma característica dominante dos profissionais da assistência social e saúde é que dividem seu tempo em outros espaços de trabalho, inclusive em outros municípios da região. Um fator positivo que a amostra possibilitou, foi verificar que a grande maioria dos trabalhadores tem vínculo efetivo junto ao município o que possibilita a aumento da referência deste junto ao serviço onde atua, principalmente os ligados a assistência social.

Ao contínuo, os dados sobre a local de trabalho dos profissionais, organizam-se da seguinte forma, que 08 atuam na Secretaria Municipal de Saúde e 12 na Secretaria Municipal de Assistência Social. A Figura 4, registra a quantidade de

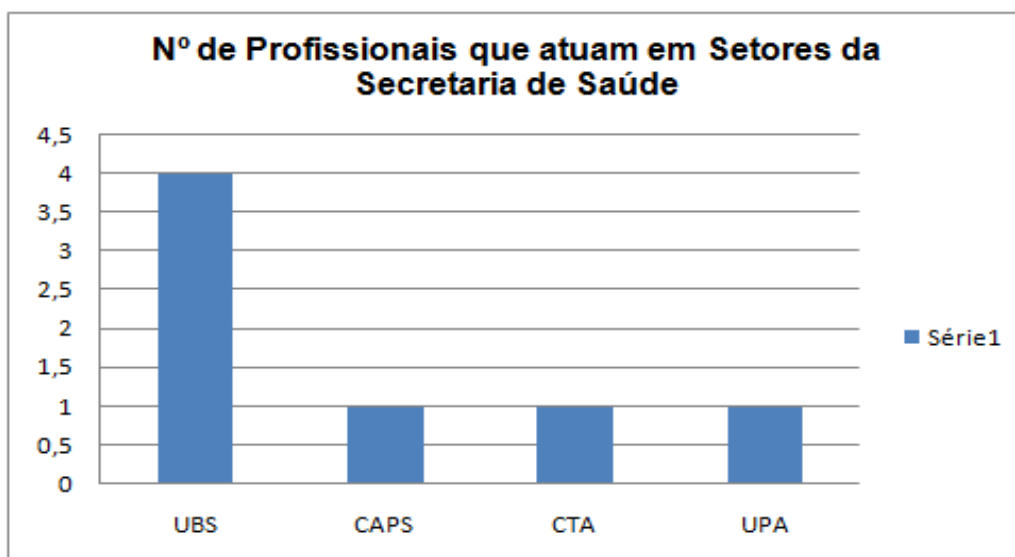
profissionais alocados nos setores da secretaria de Assistência Social e a Figura 5, apresenta as quantidades de profissionais alocados na secretaria de Saúde.

**Figura 4 - Representação gráfica do número de profissionais alocados na Secretaria de Assistência Social – Senhor do Bonfim (BA), 2022.**



Fonte: autores, 2022.

**Figura 5 – Representação gráfica do número de profissionais alocados na Secretaria de Saúde – Senhor do Bonfim (BA), ano 2022.**



Fonte: autores, 2022.

Segundo a cartilha do PAIF o referenciamento visa e contribui no processo de articulação dos demais serviços ao Programa de Atenção Integral a Família, esta articulação possibilita a operacionalização e a organização do atendimento e/ou acompanhamento das famílias dos usuários do SCFV e dos participantes de outros programas, projetos e benefícios da proteção social básica, assim promovendo uma atmosfera de referência deste com o serviço, gerando mais acolhida e confiança (BRASIL, 2016).

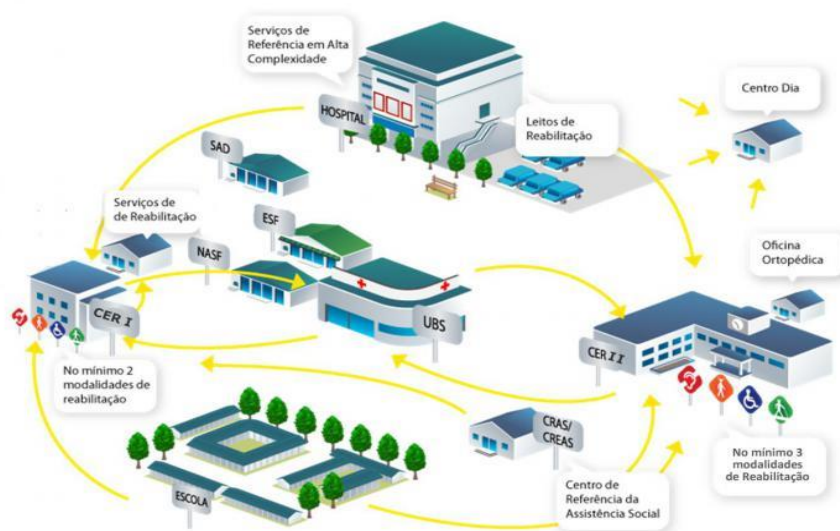
Além da relação de referência e contra referência entre o CRAS e o CREAS, isso também pode acontecer para outros serviços socioassistenciais ou para outras políticas setoriais; o objetivo será sempre a complementação do serviço, para que as pessoas tenham o atendimento de forma integral, com superação das dificuldades. Deve-se ter claro, porém, que a referência e a contrarreferência envolve a articulação intersetorial e uma rede socioassistencial formada e que funcione corretamente, possibilitando a garantia de direitos das famílias (BRASIL, 2015).

**Figura 6 – Relação de Referência e Contrarreferência entre CRAS E CREAS – Senhor do Bonfim (BA), ano 2022.**



**Fonte:** Caderno de orientação do PAIF, 2012.

**Figura 7 - Esquema da infraestrutura de Articulação Intersectorial – Senhor do Bonfim (BA), ano 2022.**



Fonte: Google.com/ pesquisa em 04.05.2022.

Daí a importância de identificar o local de trabalho, a pesquisa mostra que existem serviços da saúde e da assistência social nos distritos com maior número de habitantes do município compreendendo a zona rural e urbana do município. Contudo verifica-se que existem mais equipamentos da Saúde em detrimento da assistência social, onde na verdade deveria existir por exemplo CRAS em todos os espaços onde exista uma unidade de saúde, visualizando assim a ideia de território de abrangência, claro que isto tem relação direta com o financiamento das políticas públicas sendo que a da saúde tem um investimento mais certo e com valor fixado constitucionalmente, e a outra depende da vontade política administrativa dos entes federados.

No caso de Senhor do Bonfim, na Secretariade Assitência Social existe 04 CRAS (1 urbano e 03 na zonra rural), 1 CREAS, e Serviço de Acohimneto Institucional para Crianac e Adolescentes – Casa Abrigo, 01 Centro de Referência de atendiemnto a Mulher – CRM, Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo que atende 800 individuos entre idosos, crianças e adolescentes, o Programa Pimeira Infâncaia no SUAS que atende 1.600 famílias com crianças de até 06 anos e gestantes.

Figura 8 – Sede do CRAS do Alto da Maravilha – Senhor do Bonfim (BA), 2022.



Fonte: ASCOM Senhor de Bonfim/ 04.05.2022.

Figura 9 – Sede do CRAS do distrito de Igara, Senhor do Bonfim (BA), 2022.



Fonte: ASCOM Senhor do Bonfim/ 04.05.2022.

**Figura 10– Sede do CRAS do distrito de Tijuacú, Senhor do Bonfim (BA), 2022.**



Fonte: ASCOM Senhor do Bonfim/04.05.2022.

**Figura 11– Sede do CREAS, Senhor do Bonfim (BA), 2022.**



Fonte: ASCOM Senhor do Bonfim/04.05.2022.

Na Secretaria Municipal de Saúde existe 24 unidades de Saúde da Família – USF, 1 UPA, 01 hospital, 03 CAPS, 01 CTA/SAS, 1 Centro de reabilitação, Programa Viver Melhor em Casa, Vigilância Epidemiológica, agentes comunitários de saúde. Estes equipamentos estão disponibilizados no território do município, mas ainda em quantidade insuficiente principalmente os da Política de Assistência Social, pode-se dizer que o adequado seria, para cada ESF deveria ter um CRAS para atender aos indivíduos e as famílias.

**Figura12 – UBS do bairro São Jorge, Senhor do Bonfim (BA), 2022.**



**Fonte:** ASCOM Senhor do Bonfim/ 04.05.2022.

**Figura 12 – UPA Senhor do Bonfim (BA), 2022.**



**Fonte:** bonfimnoticias.com/ 04.05.2022.



**Figura 14 – Sede CTA/SAS, Senhor do Bonfim (BA), 2022.**



Fonte: ASCOM Senhor do Bonfim/04.05.2022.

## 5.2 Cotidiano de trabalho

Na busca de entender melhor o cotidiano de trabalho dos profissionais na execução de seu labor diário, investigou-se sobre como é o dia a dia de trabalho dos entrevistados. As falas citadas abaixo demonstram uma pluralidade de percepções que traduzem atividades que vão de encontro com o que está previsto para a prática diária do serviço, a exemplo os profissionais que atuam no CRAS (urbano e rural) em Senhor do Bonfim:

“Dinâmico. Realizo atividades coletivas internas no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Atividades particularizadas com famílias e indivíduos; visitas domiciliares; atividades de planejamento; Não tem uma rotina fixa. Quem diz é a demanda. Articulação com associações comunitárias, com a central de marcação na saúde” (profissional 03).

“Trabalho com atendimentos, encaminhamentos e visitas domiciliares, sendo um trabalho de caráter continuado de acompanhamento familiar, com famílias em situação de vulnerabilidades social com a finalidade de fortalecer a função protetiva da família, prevenir a ruptura se seus vínculos familiares e comunitários”. (Profissional 18)

“Nós trabalhamos como se fossemos pontes na garantia de direitos, só que a gente não pode prometer nada para ninguém que vai ter conseguido, e às vezes eu acho que isso não dá muita situação eu não sei se é porque eu sou uma pessoa muito ativa e eu também fico frustrada quando as coisas entram quando a gente quer mudança, a gente não ver a mudança acontecer, quando a gente quer algo diferente a gente e não ver algo diferente chegar. Quando a gente quer propõe a gente também tem as barreiras no mundo entaves e outras coisas, isso frustra, eu cheguei e

esteja apaixonada querendo assim muita coisa e hoje eu tô um pouco assim desmotivada por essas questões” (Profissional 19)

O profissional que atua na atenção primária a saúde traduz claramente sua atuação profissional cotidiana, apresentando inclusive um certo fluxo de atendimento e encaminhamento da rede intersetorial. A PNAB determina que a gestão municipal garanta os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado. Reconhecendo que existem diversas realidades socioepidemiológicas, diferentes necessidades de saúde e maneiras de organização das UBS, os fluxos tendem a facilitar a execução em conformidade com os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2012)

“Eu realizo atendimento ambulatorial em duas unidades de saúde. São atendimentos aos pacientes que são atendidos pelos Profissionais de Saúde, médicos das unidades que encaminham [...] na verdade nas diversas unidades saúde da cidade e daí ao perceber a necessidade de um acompanhamento em Saúde Mental eles encaminham para o setor de Psicologia no qual eu atendo durante a carga horária de 8 horas no dia. Todo esse tempo é voltado ao atendimento dos pacientes em ambas unidades de saúde”. (Profissional 04)

Entre as competências do SUAS no município de Senhor do Bonfim segundo Lei 1423/2017 está previsto definir os fluxos de referência e contrarreferência do atendimento nos serviços socioassistenciais, com respeito às diversidades em todas as suas formas e ainda indicadores necessários ao processo de acompanhamento, monitoramento e avaliação, observando a suas competências (SENHOR DO BONFIM, 2017).

Com fluxos, os processos de comunicação e apoios da administração central fortalece o SUAS e faz convergir esforços entre distintos serviços, possibilitando que os usuários tenham direitos garantidos de forma mais completa, valendo das complementaridades das distintas estruturas presente em cada território.

Referente aos princípios éticos das respectivas profissões envolvidas no processo de trabalho de um determinado equipamento deverão ser considerados ao se elaborar, implantar e implementar padrões, rotinas e protocolos específicos, para normatizar e regulamentar a atuação profissional por tipo de serviço

socioassistencial” (BRASIL, 2009).

Quando questionados se consideravam necessárias as ações realizadas no seu cotidiano de trabalho, todos os entrevistados disseram que consideram necessárias as atividades, esta percepção traz à tona um viés de valorização do trabalho que exercem, fator primordial para a execução do trabalho com mais presteza e eficiência.

Raichelis (2010) considera que é preciso ir, para além das dimensões objetivas que conferem materialidade ao fazer profissional. Considera ainda, que de forma nem sempre na mesma direção, o significado do trabalho, nem sempre é incorporado pelo profissional de forma consciente, as representações que faz da profissão, assim como a intenção das suas ações, as justificativas que elabora para legitimar sua atividade na direção social do exercício profissional.

Desta forma, tanto os profissionais ligados a saúde com a assistência social demandam por um entendimento maior e uma maior atenção por parte dos gestores das políticas públicas acerca das representações sobre seu fazer profissional, gerando inclusive demanda para atendimento e suporte psicológico/emocional.

“Sinto muita felicidade por atender muita gente em situação difícil no meu trabalho. Ajudar às pessoas em momentos de dor é muito gratificante. Só gostaria de ter melhores condições de trabalho e de salário. Em tempo de pandemia, nosso sentimento é cada vez mais angustiante, principalmente porque trabalho em uma unidade que lida diretamente com a morte” (profissional17).

“Bom assim as ações são necessárias sim, porque hoje saúde mental vem sendo cada vez mais reconhecida valorizada e as pessoas estão procurando ajuda, reconhece o problema e de fato procura uma ajuda. A demanda é alta no município então é um trabalho essencial. E como que eu me sinto em realizar, eu me sinto bem em uma área que eu gosto, área Clínica. Eu sinto prazer em poder estar ajudando as pessoas de uma forma mais direta e está escutando, ajudando, orientado e intervindo com as técnicas na psicologia então eu me sinto bem” (profissional 04).

“Posso afirmar que ao mesmo tempo que me realizo enquanto profissional da área social, encaro como uma dinâmica de grande responsabilidade porque envolve não só a sustentabilidade do indivíduo, mas acima de tudo garantir e proteger seus direitos sociais, civis e políticos” (Profissional 13).

“Ter contato com o povo, gosto de atender na assistência social a gente tem muito ainda para aprender, a gente tem muito ainda para se capacitar, para desenvolver então ao contrário que as pessoas pensam acho que não é uma instituição falida, é sim acho que é muito diferente você pensar em todo, é você pensar em Assistência Social é difícil romper algumas questões históricas mas o nosso esforço também vai nesse sentido de propiciar chegar informação, fazer chegar informação sobre os direitos direitos e deveres também eu acho que é um conjunto de coisas, então eu acho que é principalmente por isso eu acredito no trabalho que é bom” (Profissional 09).

Quando questionados quanto ao que poderiam contribuir para aprimorar atendimento ao público, foi citadas questões e possibilidades relacionadas a: maior e melhor quantitativo de equipamento, como celulares, computadores, melhores condições de trabalho, carga horária adequada, aumento das equipes de referências nos equipamentos, ampliação dos direitos dos usuários, fluxo de atendimento, instituir referência e contra referência e outros.

Para Richellis (2010), é preciso discutir as estratégias de organização coletiva frente aos processos de precarização do trabalho, no contexto do conjunto dos trabalhadores da seguridade social e das políticas sociais em geral. A perspectiva neoliberal costuma se utilizar de inúmeros mecanismos para dividir o conjunto dos trabalhadores e suas entidades coletivas. É por meio da ação coletiva que são criadas condições concretas para a melhoria das condições de trabalho.

Observa-se a exemplo do município de Senhor do Bonfim que não tem um fórum de trabalhadores do SUAS e nem do SUS, formado, apesar de já existir uma frente para sua criação. E ainda relativo ao quantitativo de pessoas que estão inscritas no Sindicato dos Servidores Públicos ainda é em número baixo, principalmente no tocante a participação na diretoria desta instituição. Ocupar este espaço são importantes para que de forma coletiva lutar por melhores condições de trabalho e conseqüentemente de atendimento aos usuários das políticas públicas em debate neste estudo.

Richellis (2010), “Quanto mais qualificados os servidores e trabalhadores da assistência social, menos sujeitos a manipulação e mais preparados para enfrentar os jogos de pressão política”.

Outra questão importante para aprimorar o atendimento é expandir a informação com clareza e eficiência sobre o funcionamento dos serviços junto aos usuários, inclusive este é um dos direitos previsto pela nossa constituição, coisa simples como saber o nome do profissional que o atende, ser bem acolhido e demais direitos fortalece a relação e a confiança no serviço/equipamento.

A NOB/SUAS enfatiza no seu capítulo quatro a existência de um Pacto de Aprimoramento do Sistema Único de Assistência Social, o qual é firmado entre os três entes federados União, Estado e Municípios e ainda o Distrito Federal,

corresponde a um instrumento que traduz metas e as prioridades nacionais para o SUAS, e aparece como um mecanismo para aprimorar a gestão, os serviços, programas e projetos e benefícios socioassistenciais, a pactuação é realizada no último ano de vigência do PPA de cada ente federado (BRASIL,2012).

Conforme artigo 24 da NOB-SUAS, o Pacto de Aprimoramento do compreende: “definição de indicadores; definição de níveis de gestão; fixação de prioridades e metas; apoio entre os entes federados; adoção de mecanismos de acompanhamento e avaliação”. (BRASIL, 2012)

O pacto de aprimoramento se processa como um mecanismo de acompanhamento da gestão, dos serviços, programas e projetos e benefícios e se traduz no levantamento de dados estatísticos traduzido por meio do alcance de metas que oportunizam elevação no repasse de recurso para os Estado e os municípios investirem em ações de melhoria das condições de trabalho e de atendimento à população usuária dos serviços da Política de Assistência Social organizados pelo SUAS.

Em relação as metas do pacto, o município de Senhor do Bonfim vem atingindo percentuais medianos de cumprimento das metas estabelecida pelo ministério da cidadania como podemos identificar.

Segundo o relatório de informações do Ministério da Cidadania - MC, a meta 01 do pacto refere-se ao acompanhamento pelo PAIF de 10% das famílias com até meio salário mínimo cadastradas no CADUNICO dos Programas Sociais, desta feita o município tem 14.934 famílias cadastradas, destas 1.493 deveriam estar em acompanhamento pelo PAIF da zona urbana e rural do município, assim a meta ainda não foi alcançada. Outra meta é atingir percentual mínimo de 60% de trabalhadores do SUAS de nível superior e médio com vínculo de servidor estatutário ou empregadopúblico, objetivando desprecarizar o vínculo trabalhista, o SUAS de Senhor do Bonfim conta com 157 funcionários, deste 54 são efetivos, mas mesmo assim não atingiu a meta que seria de 64. (BRASIL, 2021)

Em relação a saúde, observa-se que também existem sistemas e metas pactuadas, estas são medidas a partir de dados que são lançados no ESUS pelas equipes de saúde, estes dados são utilizados pelo ministério, como base para o repasse de recursos.

Desde dezembro de 2019 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que tinha como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território, foi extinto, passando a prevalecer o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), mas ainda com a mesma proposta de criar estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, priorizando territorialização e da adscrição das pessoas aos serviços e o desenvolvimento de vínculo e responsabilização entre equipe e população assistida e sobretudo considerando a necessidade de ampliação da capacidade instalada e abrangência da oferta dos serviços da com atuação de equipes multiprofissionais, valorização do desempenho das equipes e serviços para o alcance de resultados em saúde.

A questão da melhoria das condições de trabalho, estrutura do serviço tanto na área de saúde, quanto de assistência social se apresenta nas falas dos profissionais, frisando principalmente a importância de atendimento à demanda trazidas pelos usuários, melhoria na estrutura e aumentando a quantidade de profissionais que compõe as equipes.

“Melhorar a estrutura física para o serviço CAPS garantindo acessibilidade, segurança (evitando escadarias e rampas), ventilação e luminosidade condições salubres para acolher e tratar as pessoas que necessitam estar na unidade para trabalhar ou serem atendidas. Equipando informatizado o registro de dados para viabilizar o gerenciamento dos serviços, estudos e pesquisas. Atualmente o serviço está funcionando em um prédio sem condições arquitetônicas (Infiltrações no teto, escadas e rampas perigosas), equipamentos (ar condicionado, computadores, mesas, cadeiras, arquivos) sucateados que impossibilitem ofertar os serviços com melhor qualidade e salubridade” (profissional 08).

“Como? aprimorar o atendimento, bom, justamente por conta da demanda ser alta e pela carga horária ser apenas 20 horas, então eu vejo que uma carga horária pequena, ainda não suficiente para dar conta de todas as demandas, se a carga horária fosse maior até para dividir melhor o tempo de atendimento para cada paciente ou se tivéssemos mais profissionais, psicólogos, atuando no município, na área da saúde, para toda a demanda que existe no município eu acho que já respondi um pouco do que pode ser modificado para melhorar acredito que na verdade seria mais nesse sentido”(profissional04).

Além do fortalecimento de vínculo, poderia distribuir um lanche saudável, para as crianças acompanhadas pelo Criança Feliz. Criar canais

diretamente com o público prioritário do programa; que as demandas trazidas pelo visitador, fossem revistas ou encaminhadas sem ter que passar pelo processo burocrático (Profissional15).

Quanto a melhoria do atendimento ao público que atende foram identificadas as diversas sugestões pelos entrevistados, os mais evidentes estão relacionadas a melhoria da estrutura e mais adequados instrumentos de trabalho; implantação de fluxo de atendimento interno e da rede; distinção de serviço de urgência e prevenção, ou melhor aqueles que pertencem consequentemente a proteção básica e especial de assistência social, assim como os de atenção básica e especializada, de urgência e emergência da Saúde. Implementação dos protocolos de gestão que existem de forma teórica mas não na prática e algo bem requisitado ampliação das equipes e/ou aumento de carga horária remunerada para quem é devido.

“Eu não colocaria diretamente para mim porque na verdade se fosse para aumentar minha carga horária eu não tenho interesse, mas no sentido de uma contratação de outros profissionais para aprimorar esse trabalho porque isso seria bastante positivo para toda a população quanto mais profissionais menos fila de espera e iria estar atendendo toda a população. E também de certa carga horária de um dia de 8 horas e existem vários pacientes e claro existe também o limite um número limitado de pacientes para atender no dia, porque acaba sendo um número muito reduzido diante da enorme demanda mas é justamente isso venha a fila de espera por isso necessidade de outros profissionais a serem contratados para dar conta de toda essa demanda, uma vez que o próprio profissional da Psicologia de qualquer área de saúde precisa também ter um limite reduzido, até por conta da própria questão de qualidade de vida e bem-estar de saúde mental do próprio profissional” (Profissional4).

A Lei Municipal do SUAS determina entre as competências do município de Senhor do Bonfim por meio da SEMAS previstas em seu artigo 17, a definição de fluxos de referência e contrareferência do atendimento nos serviços socioassistenciais, com respeito as diversidades em todas as suas formas (SENHOR DO BONFIM, 2017).

Quanto as questão de carga horária identifica-se que está é uma questão de entrave para as duas políticas públicas, principalmnete no que se refere a ter um número de carga horária/profissionais insuficientes para suprir a demanda dos territoriosde abrangência, exemplo, um CRAS de município de porte médio como Senhor do Bonfim deve atender 5.000 famílias e ter uma equipe composta por 4

profissionais de nível superior, mas o que se observa é que existem muitas áreas descobertas pois não se tem um quantitativo em conformidade com a realidade.

O CRAS do Alto da Maravilha por exemplo, fica situado em um bairro com uma média de 22.000 habitantes para apenas 1 equipe. Já a saúde possui um quantitativo maior de equipes de saúde da família - ESF no mesmo bairro, totalizando 04 equipes, contudo ainda existe áreas consideradas descobertas. Falar em recursos humanos é falar em orçamento público e este, é um das dificuldades encontradas, sendo que apesar de fazer parte da seguridade social as duas políticas públicas não há um cofinanciamento justo, a começar que a Assistência Social não tem percentual fixo e determinado constitucionalmente, “a relação federativa e solidária não se consolidou; o tripé, para além de pés descalços, sem cabeça, tem seus bolsos esgarçados” (SPOZATI, 2018)

É necessário que o SUAS tenha orçamento mínimo e com fontes de receitas vinculada, com priorização para o SUAS na Lei de diretrizes orçamentarias (LDO), assim havendo receitas disponíveis ampliar o volume de recursos para esta política tão essencial para os municípios brasileiros. Assim poderá ocorrer a ampliação das equipe de referência, aquisição de materiais de consumo e permanente que qualifique o atendimento aos usuários por meio da implementação de ações intersetoriais.

Quando interrogados quanto a questão das expectativas futuras em relação ao trabalho que exerce, podemos identificar uma variedade de percepções nos discursos, tanto positivamente, como negativamente, nos discursos abaixo analisamos a existência de uma grande identificação dos profissionais com o seu trabalho, e no sobre ponto é evidenciado a palavra frustração em muito dos discursos.

Sobre identidade profissional, ao iniciar uma discussão, é relevante reconhecer que na construção identitária, o território, é o componente principal. Independentemente da perspectiva, seja social, seja profissional, reconhecer-se perpassa pelo cotidiano e pela condição de vida das pessoas, mostra-se essencial para o processo de transformação (SACHINI e RIBEIRO, 2021).

“Sem muitas expectativas por parte das gestões, mas sempre acreditando que ainda assim conseguir através das minhas ações um feito futuro (pessoal e profissional) e na vida dos usuários” (Profissional 07).



“[...]ter capacitações apropriadas tanto para supervisores, quanto para visitantes” (profissional 15).

“Por identificação com as questões que envolvem as demandas dos usuários e por contribuir para a formulação de ações que viabilizam autonomia e fortalecimento de vínculos e construção de novos saberes e práticas” (Profissional08),

“Eu me sinto frustrada, porque trabalhamos como se fossemos pontes na garantia de direitos, só que a gente não pode prometer nada para ninguém, que vai estar conseguindo, e às vezes eu acho que isso me dá muita frustração, e também quando as coisas travam quando a gente quer ver a mudança. Hoje eu estou um pouco assim, bem desmotivada (profissional 19).

Alcançar o maior número possível de cadastro de usuários para assim dessa forma interromper o ciclo de pobreza e miséria. E desenvolver um trabalho de excelência (Profissional 13).

Ainda podemos observar que a grande maioria gosta do trabalho, e pretende continuar na função exercida. Segundo mostra a Figura 15, identifica-se que 85% afirmaram que não pretendem mudar de atividade e 03 profissionais pretendem permanecer.

**Figura 15 – Representação gráfica do número de profisisonais que desejam mudar de profissão, Senhor do Bonfim (BA), ano 2022.**



**Fonte:** autores, 2022.

Aqueles que afirmaram ter vontade de mudar os motivos estão relacionados a algumas frustrações, a desvalorização da política pública e pretende mudar para

tentar algo novo em outro setor das secretarias municipais.

Em relação à pretensão em dar continuidade as atividades que realizadas atualmente, os entrevistados que disseram que NÃO pretendem continuar, relacionaram à insatisfação em virtude da forma como a gestão vem conduzindo o trabalho, ou com a vontade de mudar de área de atuação, o que está relacionado a busca de uma maior qualificação profissional. Os que disseram SIM, relataram que os motivos estão norteados pela vontade de melhorar as condições de vida da população usuária da política pública.

Os motivos que levam a continuar são diversos, percebe-se uma grande referência dos profissionais com a atividade exercida, e a vontade de contribuir por meio da atuação profissional para a resolutividades das questões trazidas pelos usuários/pacientes.

“Por identificação com as questões que envolvem as demandas dos usuários e por contribuir para a formulação de ações que viabilizam autonomia e fortalecimento de vínculos e construção de novos saberes e práticas” (Profissional 08).

“Amo de ser assistente social, ser útil por meio da minha intervenção profissional” (Profissional 17).

“Por motivos óbvios, de amadurecer dentro da área que escolhi para minha vida”. (Profissional 13).

Sobre a qualificação profissional dos entrevistados, todos participaram de capacitação, mesmo após o início da pandemia iniciaram cursos de formação e participação em seminários, congressos, oficinas, entre outros na área de atuação específica de cada um.

Sendo assim, a grande maioria equivalente a 19 dos entrevistados responderam que haviam realizado capacitações nas modalidades, virtual e presencial, contudo parte destes cursos, foram realizados de forma independente, pelos profissionais, e outra parte disponibilizados pelo Ministério da Saúde e Ministério da Cidadania.

**Figura 16 – Representação gráfica do número de profissionais que realizam cursos de capacitação – Senhor do Bonfim (BA), 2022.**



Fonte: autores, 2022.

O artigo 27 da NOB/SUS prevê que a política de recursos humanos na área da Saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (BRASIL, 1992).

Segundo a NOB/SUS é necessário “desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional”.(BRASIL, 2006).

Tendo em vista que a qualificação profissional é substancial para uma prática de trabalho inovador e dentro dos parâmetros previsto por toda área de trabalho na direção das políticas públicas de saúde e assistência social como prevê por exemplo a Norma operacional de recursos humano NOB/RH, a capacitação dos trabalhadores da Assistência Social tem por fundamento a educação permanente e deve ser feita de forma sistemática e continuada, no vies da sustentabilidade, de

forma participativa (BRASIL, 2009).

As deliberações definidas no Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão definem que deverão ser priorizados a estruturação da gestão do trabalho no SUS, com a criação de setores de Gestão do Trabalho e da Educação nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Assim como capacitação de recursos humanos para a gestão do trabalho no SUS com a qualificação dos gestores e técnicos na perspectiva do fortalecimento da gestão do trabalho em saúde. Possibilitar a criação de sistema Gerencial de Informações para desenvolver componentes de otimização e implantação de sistema informatizado que subsidie a tomada de decisão (BRASIL, 2006).

O Pacto citado acima surgiu da necessidade, Observadas pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – (CONASEMS), pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde.

Pode-se verificar que quanto a modalidade dos cursos, seminários realizados ocorreu um aumento muito expressivo da realização do ensino remoto por conta do momento em que o mundo vem vivendo com o aumento dos casos da pandemia do novo coronavírus, influenciando muitos trabalhadores e pessoas, a buscarem a qualificação a distância, pois está se tornando uma das únicas formas de estudar durante a quarentena.

Pesquisa feita pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), mostram que o Brasil já conta com mais alunos matriculados em cursos on-line do que nos presenciais. Relaciona-se esse crescimento com a pandemia do novo coronavírus, que influenciou drasticamente no aumento dos alunos matriculados em cursos on-line, uma modalidade de ensino que já vinha em ascensão nos últimos anos isto também é identificado nos discursos dos entrevistados neste estudo.

“A respeito de cursos, sim, tenho feito especialização é sempre cursos mais de forma online. Principalmente agora com a pandemia anterior a pandemia eu tenho feito curso especialização presencial, mas após a pandemia mais online mesmo e mais relacionada cursos e no momento também que eu faço uma especialização online na área da saúde, na área de terapia de casal de família”. (Profissional 04).

Entende-se que o mais adequado é que cada secretaria crie o setor de gestão do trabalho e tenha um plano de educação permanente, como retrata a NOB/RH os gestores municipais deverão liberar os técnicos para participarem da capacitação tendo despesas correspondente à sua participação e sem prejuízo do recebimento de salário [...] as capacitações devem primar por formas diversas, adotando instrumentos criativos e inovadores, metodologias que favoreçam a troca de experiências e tecnologias diversificadas (BRASIL, 2009).

O Ministério da Cidadania e Saúde disponibilizam acesso a cursos através de sites que oferecem diversos cursos de forma gratuita e com certificação. Contudo, a qualificação também depende de vontade pessoal de cada profissional, mas é importante que a instituição busque forma de incentivar e garantir a participação dos trabalhadores no processo de formação continuada. *“Online nas plataformas de formação do SUS. Devido a pandemia não estão acontecendo formações /eventos presenciais” (Profissional 08).*

Educação Permanente no SUAS e SUS é uma prerrogativa das duas políticas públicas, na saúde em 2004 foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que representou um marco para a formação e trabalho em saúde, como forma de promover a transformação das práticas do trabalho em saúde[...]o marco de destaque na política de educação dos profissionais da saúde foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Buscando potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, através da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (BRASIL, 2004).

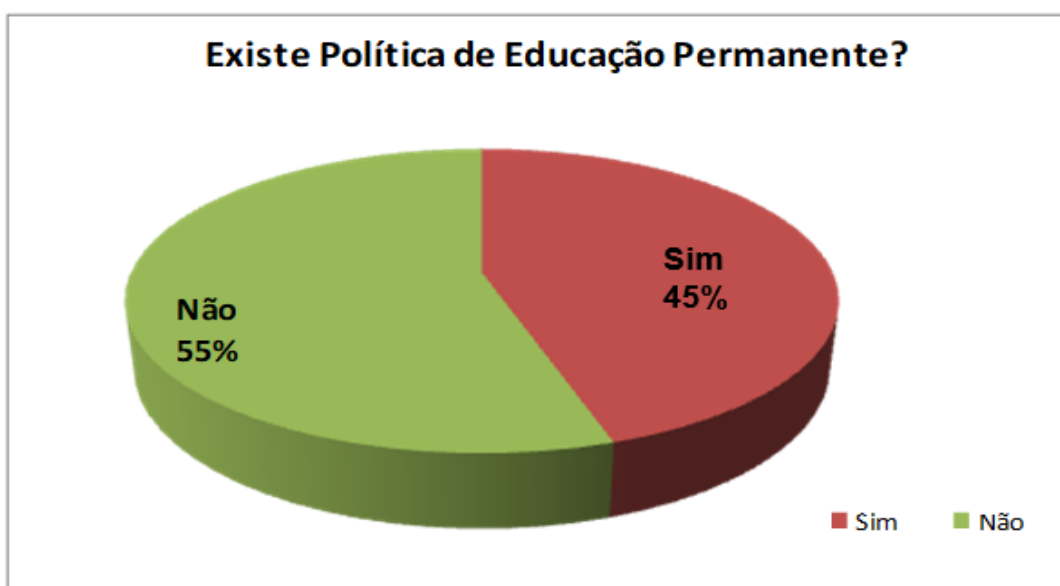
Na PNAB a educação permanente aparece como uma dimensão pedagógica e orientada que esta deve ser encarada como uma ‘estratégia de gestão, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, com aproximações dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá ‘no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho’. (BRASIL, 2012)

No SUAS os processos formativos devem estar contemplados nos Planos

Municipais de Capacitação. Isso significa que a qualidade a ser construída nas ações de gestão e na atenção direta aos usuários, é fruto de conhecimentos produzidos por seus trabalhadores. (BRASIL, 2009) e ainda, devem ter como referência: Elaboração de diagnóstico, o conhecimento do perfil dos trabalhadores e suas competências, a definição de públicos, conteúdos programáticos, metodologia, carga horária e custos; de outros. (BRASIL, 2011).

Sobre Política de Educação permanente, a questão foi se existe no órgão que cada um trabalhava e os resultados demonstraram que na maioria dos espaços não existe. Sendo que 11 dos profissionais entrevistados relataram que não existe nos setores que eles trabalham, e 09 disseram que não existia, ou não sabe informar.

**Figura 17 – Representação gráfica da existência de Política de Educação permanente no órgão o qual trabalha, Senhor do Bonfim (BA), 2022.**



Fonte: autores, 2022.

“A questão é que se aqui existisse uma política de educação Permanente no órgão que trabalho essa política de educação continuada, permanente é uma necessidade e nós temos solicitado. Já faz um certo tempo porque é necessário a gente estar se atualizando, hoje, você Adriana traz a proposta maravilhosa, como educação permanente e principalmente você traz que eu achei muito importante que é o cuidar do outro, que esse olhar para o profissional que olha pelo outro, então é muito importante estamos sempre nos atualizando. Eu confesso a você que eu tenho muita dificuldade com relação ao preenchimento dos dados RMA. Desde quando existe um outro uma outra proposta de um outro governo a gente já havia feito essa solicitação para a vigilância do município no sentido de estar realizando essas propostas de educação permanente trazendo novos elementos tirando as nossas dúvidas. Principalmente eu enquanto trabalhadora de 20 horas, infelizmente, eu não tenho tempo específico para sentar, e essa

formação é com os nossos parceiros internos porque o tempo é muito curto e a gente dedica o nosso tempo para o atendimento ao usuário então eu acredito que seja extremamente importante repensar essa possibilidade” (Profissional 14).

“O trabalhador do SUAS precisa a todo momento ficar se aperfeiçoando. Na nossa área temos o plano de educação permanente que o setor da vigilância socioassistencial elaborou. O Ministério da Cidadania traz um leque de capacitações” (Profissional 01).

Objetivando nortear a formação e a qualificação dos profissionais inseridos nos serviços públicos de saúde, com a finalidade de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho com base nas necessidades e dificuldades do sistema, a Educação Permanente em Saúde (EPS), foi inserida pelo Ministério da Saúde como uma política de saúde no Brasil por meio das Portarias nº 198/2004 e nº 1.996/2007 (FERREIRA et al., 2019).

Na Secretaria de Assistência Social de Senhor do Bonfim foi elaborado pelo setor da vigilância socioassistencial um Plano de Educação Permanente do SUAS no município que se encontra em análise pelo Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS. Contudo são realizadas diversos encontro formativos (conforme figuras abaixo) ao longo do ano e ainda a Jornada Social que vem acontecendo uma vez por ano.

**Figura 18- Formações realizadas pela Secretaria de Assistência Social, Senhor do Bonfim (BA), 2022.**



Fonte: [www.senhordobonfim.ba.gov/04.05.2022](http://www.senhordobonfim.ba.gov/04.05.2022).

“Após a reforma psiquiátrica com a lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental criando os CAPS passamos por um período cujas as diretrizes e regulamentações eram garantidas aos

trabalhadores como formação continuada e supervisão da equipe técnica, porém com o desmonte do SUS todos os setores da saúde foram afetados, inclusive o que tange a saúde mental” (Profissional 08).

“Eu não sei informar se se o município trabalha com educação permanente, a saúde trabalha com isso pelo menos até então em menos de um ano que eu estou atuando na área, isso não tem acontecido pelo menos não tem chegado até a minha atuação sobre o trabalho com equipes de saúde e assistência social”(profissional 04).

“Estou sempre em busca de aprimoramento profissional inclusive já dialogamos na a respeito da política de educação permanente na agenda do CRAS já entendi que é importante já finalizou essa necessidade. O tempo acaba fazendo com que a gente não consiga colocar em prática essa permanente lá dentro do CRAS” (profissional 10).

### **5.3 Realização de atividades com outros profissionais**

O levantamento de respostas sobre as atividades que possivelmente os entrevistados poderiam realizar com profissionais da Secretaria de Saúde e de Assistência Social. Verifica-se que a visita domiciliar está em primeiro lugar e reuniões de equipe em segundo, são as opções mais evidenciadas o que nos remete a uma prática cotidiana nas e entre as duas áreas, tais atividades estão previstas nas normativas e orientações dos serviços, programa e projetos das duas políticas públicas. Em sequência vem estudo de caso em terceiro, em quarto, utilização de prontuário comum com outros profissionais, e trabalho de grupo em quinto.

Pode se refletir que as atividades apresentadas nos discursos dos sujeitos envolvidos no estudo estão em acordo do que é previsto pelas Políticas Públicas, a exemplo, a PNAB define que são características do processo de trabalho das equipes de atenção básica, estando entre elas:

Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes; [...] intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. [...] Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais [...] Realizar o acolhimento com escuta qualificada[...] Prover atenção integral[...] Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território[...] Desenvolver ações educativas desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários; [...] Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção



de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;[...] Participar do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, [...] Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral; [...] Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; [...] Realizar atenção domiciliar destinada a usuários [...] e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos (BRASIL,2012).

Segundo o caderno de orientações do CRAS, na política de assistência social a proteção social básica tem como porta de entrada o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) que se constitui como uma unidade pública estatal descentralizada da política de assistência social, responsável pela organização e oferta de serviços da proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios. “Dada sua capilaridade nos territórios, se caracteriza como a principal porta de entrada do SUAS, ou seja, é uma unidade que possibilita o acesso de um grande número de famílias à rede de proteção social de assistência social” (BRASIL, 2012).

Para efetivar a sua função de proteção social a política de assistência social prevê garantias no artigo 4º da: afiançadas. A NOB/SUAS estabelece seguranças: acolhida, renda, convívio ou vivência familiar, comunitária e social: e o desenvolvimento de autonomia e apoio e auxílio” (BRASIL; NOB,2012).

No que diz respeito aos objetivos pelo qual foi realizada as atividades escolhidas e dispostas pode-se dizer que estas tem como objetivo principal agir como ferramenta de trabalho para garantir o atendimento as demandas que chegam aos serviços de saúde e de assistência social do município de Senhor do Bonfim.

O trabalho social essencial ao PAIF/CRAS por exemplo tem como base a acolhida, estudo social, visita domiciliar, orientação e encaminhamentos, grupos de famílias, acompanhamento familiar, atividades comunitárias, campanhas socioeducativas, informação, comunicação e defesa de direitos, promoção ao acesso à documentação pessoal; mobilização e fortalecimento de redes sociais de apoio; desenvolvimento do convívio familiar e comunitário; mobilização para a cidadania, conhecimento do território; cadastramento socioeconômico; elaboração de relatórios e/ou prontuários; notificação da ocorrência de situações de vulnerabilidade e risco social; busca ativa.

Tais elementos foram identificados nos relatos feitos pelos entrevistados, o que alinha-se com a base de trabalho orientado pelas normativas da atuação profissional, mas ainda muito de forma incipiente no que se refere a atuação entre os profissionais das duas áreas de forma conjunta e frequente, sendo mais realizado quando fruto de uma provocação.

“O objetivo de realizar as atividades escolhidas, é de melhorar o atendimento às demandas apresentadas das pelos usuários” (Profissional 07).

“Necessidade de intervenção conjunta para atender a integralidade da demanda. As questões que envolvem o adoecimento psíquico demandam ações de programas e políticas de atenção integral a família”(Profissional 08).

“Para resolutividade das questões demandadas pelo paciente que necessitam da intervenção de outros setores da saúde ou de secretarias como de assistência social, quando por exemplo, tem casos de violência contra crianças, idosos e mulher que precisamos acionar o CREAS, CRM, conselho tutelar, equipe de abordagem” (Profissional 17).

“Essa intersetorialidade acontece apenas em situações isoladas, inexistente no município uma prática intersetorial processual/protocolar instituída. Tudo depende da equipe”(Profissional 08).

Diferentes falas permitiram identificar o porquê é positiva a realização das atividades com outros profissionais conforme elencadas anteriormente, tendo em vista que 100% dos entrevistados disseram sim.

“Essas atividades que no momento a gente realiza, é para prestar um melhor atendimento do Serviço às pessoas” (profissional 19).

“Porque as múltiplas necessidade do usuário demandam articulação com diversos serviços”(profissional 08).

“Considero a nossa atividade, o que eu faço muito importante no entanto tem outras questões que a gente acaba realizando que não são tão necessárias e digo isso no sentido de que outras pessoas da equipe poderiam estar se responsabilizando, a questão mesmo da divisão de funções Eu sinto que às vezes certas funções são carregadas ao enfermeiro funções essas que nós não ligamos a gente tem a gente acaba criando habilidades para ela porque na universidade a gente não estuda tal e aí a gente acaba pegando uma demanda muito grande de funções que poderiam ser divididas com o restante da equipe[...]Eu sinto que o que eu desenvolvo com competência no entanto às vezes sinto que sobrecarregada justamente por essa questão da divisão de tarefas essa sobrecarga acredito eu porque na unidade a gente tem um enfermeiro para coordenar e assistir ao mesmo tempo [...]outra questão são tarefas que às vezes tudo uma questão de hierarquia e até mesmo por uma questão de autonomia das outras pessoas da equipe, fico muito presa a figura do Coordenador do enfermeiro então

restante que rapidamente poderíamos ser solucionado fica dependendo muito a pessoa de enfermeiro. Enfermeiro responsável acaba sobrecarregando e diminuindo as responsabilidades no trabalho” (profissional 05).

A articulação da rede socioassistencial presume o estabelecimento de conexão e fluxos entre o CRAS e os responsáveis por exemplo pelo Programa Bolsa Família, agora passou a ser chamado de Auxílio Brasil no município, assim como as agências do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), para a garantia do acesso ao BPC, a fim de contribuir para a gestão integrada de serviços e benefícios, permitindo o acesso dos beneficiários de transferência de renda aos serviços socioassistenciais locais, com prioridade para os mais vulneráveis, assim para se proporcionar os direitos previstos na legislação é necessário de fato uma atividade integrada com outros profissionais, para promover a articulação intersetorial, interdependência de serviços, respeito à diversidade e às particularidades de cada setor.

Quando questionados a citarem três ações que consideram necessária à intervenção conjunta com outros profissionais de outras políticas públicas, há uma porcentagem elevada que citaram reuniões de equipe, estudo de caso; projeto de intervenção conjunta, capacitações e outros que podem ser identificados nos discursos abaixo.

“A gente precisa implementar melhores ações de desenvolvimento dos usuários do serviço, não se avalia, a gente precisa avaliar o que é feito se deu certo para padronizar e o que não deu para a gente reclama que a gente não faz esse trabalho eu acho que a gente deveria fazer” (Profissional 19).

“Visitas domiciliares e as capacitações, eu acho que é muito importante que são integrados é porque às vezes eu tenho a visão de que cada setor está muito isolado, e apesar da gente ter um prontuário no SUAS, eu acho que essas informações elas não se cruzam, eu acho que ainda tá tudo isolado muito isolado e na hora da gente dar prosseguimento aos encaminhamentos na hora da gente dar a orientação, isso fica muito recortado então é difícil você estabelecer uma ação uma intervenção conjunta. Eu acho que as capacitações incluindo a rede e tá vendo esses outros setores ou indo até os outros setores eu acho que é fundamental” (profissional 09).

A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, dispõe que o trabalho social com famílias no âmbito do PAIF consiste em um conjunto de procedimentos implementados por profissionais, a partir de pressupostos éticos, conhecimento teórico-metodológico e técnico-operativo. [...] é por meio do trabalho social que o

PAIF, no âmbito da Proteção Social Básica do SUAS, contribui para a materialização da responsabilidade constitucional do Estado de proteger as famílias de um determinado território (BRASIL, 2009).

É importante salientar que por exemplo, que não compete o desenvolvimento de ações de caráter terapêutico, compreendidas aqui como as práticas psicoterapêuticas, psicodiagnósticas e psicopedagógicas, ou seja, práticas clínicas no âmbito do PAIF, pois não correspondem às seguranças afiançadas pela política de assistência social. Ao avaliarem a existência de uma demanda para atendimento psicoterapêutico, no território, os profissionais do CRAS devem mobilizar a rede intersetorial, o órgão gestor da política de assistência social (para o encaminhamento ao órgão gestor competente, na ausência dos serviços demandados no território).

Outra questão a se firmar é que dentro do mesmo território existem demandas que necessitam de intervenção conjuntas entre profissionais das áreas de saúde e assistência social e que podem ser efetivadas utilizando diversas ferramentas como visita domiciliares, estudos de caso, trabalho de grupo, atividades de mobilização social e outros, nos discursos dos entrevistados identificamos muito a incidência de visitas domiciliares e estudo de caso, mas ainda de forma incipiente.

Os técnicos são responsáveis por promover a interação com os serviços, por meio de reuniões, visitas às unidades, entre outros. Deste modo, colher elementos sobre os usuários que subsidiem o desenvolvimento do trabalho realizado com suas famílias, no âmbito serviços de saúde e de assistência social, servirá como insumo para o desenvolvimento das ações.

## **6. INTERSETORIALIDADE, INTEGRALIDADE E INTERDISCIPLINARIDADE**

Para analisar e refletir sobre as percepções dos entrevistados acerca das ações que exigem ação complementar integrada entre políticas públicas foi realizada a análise do conceito/percepção acerca de intersetorialidade, integralidade e interdisciplinaridade.

“O trabalho, a ação intersetorial é o que a gente pode fazer tendo realmente uma rede conectada, uma intervenção intersetorial ela é interdisciplinar então o clima em que outros e todos eles estejam envolvidos no processo de acompanhamento, devido ao trabalho intersetorial e ele é caracterizado por isso onde a gente pode ir ao estabelecer uma rede de atuação, que

acompanha efetivamente aquela pessoa” (Profissional 09).

“Trabalho intersetorial é quando você articula várias políticas, vários setores vários atores para o mesmo objetivo em comum” (Profissional 19).

“Atuação Intersetorial é o processo de aprendizagem onde a gestão precisa ser determinada e integrada para produzir resultados e responder com eficiência a soluções de problemas encontrados” (Profissional 13).

Essa fala, mostra a relação de trabalho intersetorial com valorização e organização da rede de serviços de um território. A promoção da articulação intersetorial depende de uma ação deliberada, que pressupõe a ideia de conexão, vínculo, relações horizontais entre parceiros, respeito à diversidade, interdependência de serviços, e às particularidades de cada setor (BRASIL, 2012).

**Figura 19- Esquema de Articulação Intersetorial, Senhor do Bonfim (BA), 2022.**



**Fonte:** Caderno de orientação do CRAS -2009

Para que a intersetorialidade ocorra, é necessário que os setores dialoguem entre si, se conheçam e construam formas de trabalhar conjuntamente (BRASIL, 2012). Como pode se visualizar na figura acima, a articulação intersetorial deve envolver escolas, postos de saúde, unidades de formação profissional, representantes da área de infraestrutura, habitação, esporte, lazer e cultura, dentre outros.

As respostas relacionadas ao entendimento sobre trabalho ou atuação intersetorial demonstram estar em sintonia com a revisão de literatura realizada, os profissionais tem clareza e entendimento sobre a relevância da atuação interdisciplinar, mas reconhecem as dificuldades existente para que esta prática

seja efetiva, principalmente por que depende de vontade e deliberação da gestão e também dos profissionais envolvidos.

“Eu acho que com todos os setores, mas assim, com quem é mais evidente e o que eu vejo é a articulação com a assistência social que a gente tem muitas fragilidades e que a saúde não consegue, a unidade básica de saúde não consegue dar conta a questão da falta da educação, é muito importante porque eles conseguem abrir as portas para que a gente fala realmente fazer educação em saúde na escola e tudo mais é um outro setor que eu acho bastante fundamental, eu não sei nem na verdade descrever. Mas seria o setor de marcações é na área da saúde setor meio que a parte que a gente às vezes a gente identifica a necessidade de uma demanda mais maior urgência e a gente não consegue de certa forma um feedback mais rápido a gente não consegue, não tão rápido como deveria. Articulação entre os setores da rede de maneira geral mas quando você fala intersetorial se refere só a questão de setores dentro da saúde ou de uma maneira geral as articulações por exemplo a escola. Tem muita gestante, tem muita gestante na adolescência também se é fundamental para que esse feedback para que a gente. E quando secretaria de saúde no contexto geral a gente inventar intervindo fazendo educação em saúde orientando e até mesmo assistindo um planejamento familiar” (Profissional 05).

A intersetorialidade se materializa mediante a criação de espaços de comunicação, do aumento da capacidade de negociação e da disponibilidade em se trabalhar com conflitos. Sua efetividade depende de um investimento dos municípios na promoção da intersetorialidade local, bem como da capacidade em estabelecer e coordenar fluxos de demandas e informações entre as organizações e atores sociais envolvidos.

“É uma estratégia de ação que possibilita potencializar a rede de atenção articulando e integrando vários recursos das políticas de proteção social buscando atender a integralidade dos usuários nas questões sociais”. (Profissional 08).

“Em parte [...] apenas quando você precisa buscar e ainda precisa cobrar uma resposta” (Profissional 07).

“É uma atuação junta com outras áreas de conhecimento” (Profissional 17).

Ainda segundo o caderno de orientação do CRAS, a materialização da intersetorialidade acontece mediante a criação de espaços de comunicação, do aumento da capacidade de negociação e da disponibilidade em se trabalhar com conflitos. Em um determinado local ou melhor município a promoção da

intersetorialidade e sua efetividade depende de investimentos bem como da capacidade em estabelecer e coordenar fluxos de demandas e informações entre as organizações e atores sociais envolvidos (BRASIL, 2012).

A Lei municipal nº 1423/2017 que instituiu o SUAS municipal em Senhor do Bonfim, prevê em seu artigo 7º, parágrafo único, que cabe à Secretaria Municipal de Assistência Social manter sistema de regulação dos processos de trabalho, com a definição dos padrões de qualidade, os fluxos e interface entre os serviços, a promoção e articulação interinstitucional e intersetorial. (Senhor do Bonfim, 2017).

A articulação entre setores e saberes objetivando de forma comum, responder de forma integrada, é o que caracteriza mais claramente a intersetorialidade. É uma nova maneira de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas, que possibilita a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais, para produzir efeitos mais significativos na vida da população, respondendo com efetividade a problemas sociais complexos. (BRASIL, 2012).

Para que a intersetorialidade aconteça o poder executivo municipal tem um papel ativo de articulação política entre as diversas secretarias que atuam nos territórios dos serviços, de modo a priorizar, estimular e criar condições para a articulação intersetorial local. Desta forma, a articulação intersetorial não está sob a governabilidade apenas de uma política, a exemplo, de Assistência Social, mas sim, de todos, inclusive da sociedade civil organizada. É importante que cada gestor defina suas prioridades de articulação em cada território de abrangência e a partir das questões mais complexas e com maior demanda. “No caso da Assistência Social, a interlocução [...] depende de uma boa compreensão por parte dos demais setores, da PNAS, do SUAS, das NOB-SUAS e RH” (BRASIL, 2012).

No campo da saúde coletiva, incluindo aí a definição da própria Organização Mundial da Saúde (OMS), é a ideia de ação intersetorial como articulação de vários setores para alcançar melhores resultados (MONNERAT E SOUZA, 2011).

## **6.1 Percepção sobre integralidade**

Para Souza e Monnerat, (2011) a promoção da articulação intersetorial no território é uma ação coletiva, compartilhada e integrada à objetivos e possibilidades de outras áreas, buscando garantir a integralidade do atendimento. Consideram que

a integralidade tem um caráter difuso, e não lhe dado prioridade, as ações ainda são muito voltada para a separação das ações/intervenções. É necessário colocá-la na agenda dos gestores das políticas públicas de cada município brasileiro.

“É um trabalho que atende e ver o paciente como um todo. Com vários profissionais, que dão a sua contribuição tentando ver o paciente em todas as dificuldades”(Profissional 17).

“É a totalidade das necessidades inerentes a condição humana, envolvendo a sua contextualidade saindo do imediatismo da demanda. Integralidade é ir além do que aparece com prioridade da atenção (Profissional 08).

“Sobre integralidade, é justamente atendimento integral à aquele sujeito como todo, de forma integral, é afinal ele está inserido, ele não é somente da Assistência Social, somente aqueles problemas relacionados ao social, familiar e cultural. Na saúde não é somente saúde, seja física, seja mental, mas ele é um conjunto de tudo isso ele pede para todos os contextos de saúde e de Educação de Assistência Social de família de Cultura. Enfim, então, isto é integralidade” (Profissional 04).

“Você tentar assistir o paciente de maneira integral, ou seja, tanto na parte física e espiritual no contexto geral, ou seja em todas as áreas que podem estar afetando a saúde do paciente em tratamento e não só físico. E pode ser algo espiritual social atender na integralidade, é isso identificar os condicionantes que pode estar interferindo no quadro de saúde e doença do paciente” (Profissional 05).

“Integralidade eu entendo que isso tá associada a intersetorialidade porque a gente só pode ter uma integralidade se a gente estabelecer essa rede, quando a gente fala de integralidade na minha cabeça meu entendimento presume-se que a gente possa ver aqueles e de forma igual àquela família de forma integral e posso fazer esse atendimento de forma integral Isso significa que todos os aspectos da vida daquela família não está sendo contemplados. Então esse integralidade implica em ver o direito do cidadão, se ele está eu não sendo atendido. É tá conversado nos vários setores porque a gente não é assistência social que trabalha sozinho, não é saúde que trabalha sozinha, então para oferecer e da conta dessa integralidade eu acho que a gente precisa ter a intersetorialidade uma não vai sem a outra essa integralidade eu entendo que realmente dá conta desse indivíduo dessa família como um todo e o que você entende por interesse” (Profissional, 09).

“Integralidade para mim é questão de você estar integrado com as ações do conhecer né, interagir aprimorar ao que você sabe, sabe, para mim é encontro de saberes, integralidade para mim São conhecimentos Entrelaçados entre si são conhecimentos inter-relação (Profissional 19).



## 6.2 Interdisciplinaridade

A interdisciplinaridade é um processo de trabalho baseado na troca, o que gera crescimento/aprimoramento de diferentes saberes, que atua, que trabalha de forma conjunta. Esse processo integra, organiza e dinamiza a ação cotidiana da equipe de trabalho e demanda uma coordenação, a fim de organizar as linhas de ação dos profissionais em torno de um projeto comum.

“Então, justamente, a questão do grupo, justamente essa, fazer trabalho interdisciplinar, médicos, psicólogos e outros profissionais de saúde também que participam do grupo de saúde mental desenvolvido pela médica para trazer vários saberes ao público do grupo com objetivo de promover saúde mental. Os prontuários é uma prática comum na unidade de saúde em que um prontuário do médico é o mesmo do psicólogo eles ficam total mentejuntos. No prontuário do paciente não há uma divisão justamente para que é isso me contribui bastante psicóloga por saber aliás um histórico da vida daquele paciente, medicação. Assim como para o profissional da Medicina está acompanhando como que a psicologia está trabalhando com aquele paciente então é uma forma de comunicação não-verbal muitas vezes até por falta de tempo” (profissional 04).

“É você olhar determinado problema sobre diferentes pontos de vista profissional e de conhecimentos” (Profissional 7).

“É um processo de trabalho que envolve múltiplos saberes, construção de diálogos e troca de conhecimentos objetivando a construção de uma ação interventiva mais efetiva, eficiente melhorando e ampliando as possibilidades de ação e resolução de situações ou questões psicossociais dos usuários” (Profissional, 08).

Um relevante exemplo é a política de assistência social onde a rede socioassistencial se organiza (ou deveria) se organizar por meio de uma oferta integrada de serviços, programas, projetos e benefícios, e a gestão territorial demanda do um adequado conhecimento do território, a organização e articulação das unidades da rede socioassistencial a ele referenciadas e a coordenação da acolhida, inserção, encaminhamento e acompanhamento dos usuários. Na saúde pode se observar que a interdisciplinaridade é fundamental para a garantia da integralidade da saúde, contudo o cotidiano dos profissionais pesquisados revela uma prática pautada em ações pontuais. Embora se observe algum avanço, como por exemplo, o compartilhamento alguns casos e realização reuniões, prontuários e até estudo de casos, mas ainda há um grande distanciamento entre a prática e o que está previsto.

No campo da intersetorialidade os entrevistados responderam se acontece entre a saúde e assistência social em Senhor do Bonfim (BA).

**Figura 20 – Representação gráfica da intersetorialidade entre saúde e assistência social, Bonfim (BA), 2022.**



Fonte: autores, 2022.

Na figura acima, mostra as considerações dos entrevistados sobre a existência da intersetorialidade entre saúde e assistência social no município de Senhor do Bonfim, o quantitativo de 9 pessoas disseram que existe em parte, e 11 acham que sim, existe. No geral, os discursos trazem alguns relatos da forma como está intersetorialidade vem acontecendo.

“Bom a intersetorialidade entre saúde e assistência no município acontece da forma parcial. Saúde e Assistência Social, mas nesse sentido de coordenadores assistentes sociais nas dos setores da Assistência Social de alguns espaços dispositivos, alguns usuários para um acompanhamento psicológico na unidade de saúde basicamente. Dessa forma, não existe nesse momento para reuniões estudos de caso realmente acredito por conta da demanda, a demanda não só de tempo, de carga horária, mas a demanda de trabalho mesmo e isso deveria ser melhor discutido para uma melhor organização na verdade para que possa se dar conta de todos esses processos” (Profissional 4).

“Essa intersetorialidade acontece em parte, apenas em situações isoladas, inexistente no município uma prática intersetorial processual/protocolar instituída. Tudo depende da equipe”. (Profissional 8).

“Em parte, Apenas quando você precisa buscar e ainda precisa cobrar uma resposta” (Profissional 7).

“Existe, mas em parte, pelo pouco tempo que eu venho atuando, eu acredito que essa interdisciplinaridade que você fala e interintersetorialidade só se dá no momento, digamos assim, crítico, um momento chave e que se precisa de um contato com algum paciente entendeu mas por exemplo para *planejamento de ações não há não há não existe mas que a relação ela não é muito parecida sabe ela é um pouco frágil digamos assim, então quando*

uma gestante gente precisa de um enxoval, isto exige uma comunicação, Então são em momentos muito singulares totalmente tanto na parte exemplo, você faz possibilidades diagnósticas, setorialidade é quando o paciente precisa dar entrada em algum algum benefício social a gente acaba orientando, a gente acaba envolvendo outra secretaria (Profissional 05).

A totalidade dos profissionais entrevistados consideraram que a intersectorialidade provoca mudanças na prática dos profissionais envolvidos nas políticas de saúde de assistência social como visualiza o gráfico . Esta mudança esta relacionada a perceber e reconhecer a importância de outras intervenções, entender o espaço do território, as questões que envolvem a vida dos usuários e dos demais profissionais. Entender sobretudo que a integração entre as áreas prioritária é que possibilita a resolutividades das questões que demandam ação conjunta e eficaz do poder público, da municipalidade em questão.

Pode-se evidenciar que na proteção social básica de assistência social o termo “território de abrangência do CRAS” é intrinsecamente relacionado ao termo “famílias referenciadas”, pois o primeiro é definido em razão do número de famílias em situação de vulnerabilidade social, que passam a ser referenciadas pela Unidade, mesmo que vivam em áreas distantes. No caso de território caracterizado pela dispersão populacional, presença de comunidades isoladas, ou mesmo de difícil acesso, serão ofertados serviços por equipes volantes, com a intenção de garantir a assistência social (BRASIL, 2012).

Mas no município de Senhor do Bonfim não existe (porque não foi contemplado pelo governo federal, equipes volantes) as mesmas mostram-se como uma forma prevista em normas, para atender a demanda reprimida, bem como atender aquelas áreas de maior dificuldade de acesso, ou melhor, com alto índice populacional ou/e de distância.

A realização de atividades de cunho interdisciplinar no cotidiano de trabalho foi outra indagação realizada junto aos profissionais e, os dados coletados demonstram que realizam ações deste tipo, sendo que apenas 1 entrevistado disse não realizar, este em particular exerce uma função de coordenação de um programa da assistência social, talvez seja por isto que não realiza ou não se percebe realizando ações deste porte, o mesmo tem licenciatura e nunca havia trabalhado nas políticas públicas de saúde e nem de assistência social.

Os diferentes discursos permitem identificar a valorização e a prática da

interdisciplinar, mas mostra-se necessário uma maior imersão no processo de trabalho dos profissionais/equipes para que de forma concreta se possa compreender como se estabelece isto no cotidiano, as trocas e os momentos entre os profissionais, assim como as dificuldades. Não fica muito claro a realização de atividades interdisciplinar em todas as falas, mas a afirmação nos remete a pelo menos entender que há uma prerrogativa para a ação, agora a execução é que fica mais complexo por conta de vários empecilhos.

“Acredito que sim, a equipe sempre dialoga com os nossos parceiros mais próximos que são da Assistência Social comunicando sempre. Quando a gente faz as coisas que envolvem profissionais como enfermeiros, técnicos de enfermagem e agente comunitário de saúde também. Faço mais ações com serviço social, estudo de caso, ações de intervenção Integradas com serviço social, realmente existe a gente faz’ (Profissional 09).

“Muitas vezes as demandas apresentadas nos atendimentos requerem o envolvimento de outros profissionais (psicólogo por exemplo)”. (Profissional 7)

“Então com relação a atividades de cunho interdisciplinar nós enquanto Equipe técnica do CRAS em realizava reuniões durante a pandemia não porque não foi permitido as outras oportunidades e nós realizamos várias ações nos fazíamos rodas de conversas, [...] que ficam localizadas no nosso território, então nós fazemos um trabalho interdisciplinar através também do nosso conhecimento enquanto assistentes sociais como relação a área de psicologia que hoje é desenvolvida pela nossa amiga competíssima psicóloga [...] e também por profissionais da saúde nos convidam Vamos esse durante esse ano nós também realizamos uma atividade com relação à equipe da saúde do ano passado entretanto houve uma mudança de profissional na área de enfermagem e depois dessa mudança da área de enfermagem nós não tivemos mais nenhum contato com os profissionais da área da saúde mas achei maravilhoso esta parceria com relação à saúde”. (Profissional14)

“Existe em parte. Pelo pouco tempo que eu venho atuando, eu acredito que essa interdisciplinaridade que você fala ou intersetorialidade só se dá no momento digamos assim, critico, um momento chave em que se precisa de um contato acerca de algum paciente, entendeu, mas, por exemplo, para planejamento de ações não há, não existe, mas que a relação ela não é muito fortalecida, sabe ela é um pouco frágil digamos assim, então quando uma gestante gente precisa de um enxoval isto exige uma comunicação. Então são em momentos muito singulares” (Profissional5).

Sendo assim, a interdisciplinaridade, deve abrir espaço para reflexões voltadas ao enfrentamento da questão social e a precarização e exploração dos trabalhadores, que atingem tanto os usuários da política, como também, os profissionais do SUAS, procurando apontar alternativas e soluções para este enfrentamento através do trabalho em conjunto.

### 6.3 Formação profissional e prática interdisciplinar

Ter na graduação ou pós graduação uma formação que proporciona o saber teórico e até mesmo prático (por meio de estágios e projetos de extensão por exemplo) sobre interdisciplinaridade e outras temáticas, é de suma importância para facilitar a prática. Na questão que argumentava se os profissionais tiveram acesso a prática interdisciplinar no processo de formação, os entrevistados quase que na sua totalidade disseram que tiveram acesso no processo de formação.

“Eu acredito que na minha formação a gente teve uma formação bem ampla, deu para ter uma noção bem ampla dos vários ramos da Psicologia que ofereceram para gente uma visão muito legal, que a gente cada um fez a sua escolha de abordagem[...]desenvolver-se, aprofundar depois a formação. Mas eu vejo que a minha formação ela foi bastante generosa digamos assim em termos de oficiais entendimento acerca do tema” (Profissional 09).

“O serviço Social é uma profissão interdisciplinar por excelência no Código de Ética Profissional inclui como dever do assistente social a sua relação com outros profissionais e incentiva as práticas interdisciplinares. Particularmente minha formação se deu no campo da interdisciplinaridade /intersectorialidade no campo de estágio foi desenvolvido dentro de uma proposta comunitária do programa Universidade/Comunidade. Uma parceria da universidade para melhoria das condições de vida da população circunvizinha a universidade com estudantes e profissionais de todas as faculdades inseridas no Campus” (Profissional 08).

“Na formação acadêmica vimos disciplinas que me faziam compreender as múltiplas causas que afetam determinadas realidades” (Profissional 7).

“Assim durante o período da Universidade a gente tinha assistido disciplinas que enfatizavam muito essa questão da interdisciplinaridade nas práticas integrativas outros profissionais inclusive na época existiam disciplina voltada para a família onde várias profissões que ali no momento para se discutir caso, então cada profissão tinha na sua contribuição, então querendo ou não, a gente tinha professores especializados, nesta da família professora especializada foi que tem uma base bem legal relação a isso, então a gente ter uma noção muito boa com relação intersectorialidade ainda que quando a gente sai a gente sai um pouquinho [...], mas isso é uma questão de prática que a gente vai adquirir no decorrer da nossa experiência profissional” (Profissional 05).

Para Leite; Lopes; Ruas (2015), práticas construídas além das fronteiras profissionais somente são possíveis quanto se consegue pensar além das fronteiras disciplinares, assim, as ações intersetoriais e equipes interdisciplinares só conseguirão ser concretas quando a interdisciplinaridade estiver na própria organização educacional.

Em relação ao que poderia contribuir para que a prática interdisciplinar seja uma constante nos serviços de saúde e de assistência social de Senhor do Bonfim e atuais ferramentas podem facilitar esta prática, identifica-se uma relação muito direta com a informatização, criação de sistemas integrados entre as duas secretarias municipais, sabe-se que na saúde já existem os sistemas eletrônicos E-SUS onde todos os atendimentos são lançados, assim como na assistência já existe um prontuário eletrônico, mas não existe ainda meios para que os dados possam ser cruzados e utilizados de forma eficiente pelas equipes, muitas vezes não tem nem equipamento com internet. Muitas vezes o paciente e o mesmo que é atendimento pelas equipes no território, mas não se tem esta possibilidade de saber de imediato quais serviços, programas e projetos ele acionou ou usuário/paciente.

“Acho que o fluxograma e capacitações para determinadas situações específicas para todos. Chega um paciente vítima de violência sexual, vítima de violência qualquer aí a gente vai fazer o quê, lógico a gente não sai com essa noção da faculdade sabe. Mas como é que o município de maneira particular ele consegue manejar isso mas acaba que cada município tem sua maneira de funcionar” (Profissional 05).

É pensando neste trabalho em conjunto que precisamos destacar que a prática interdisciplinar não é adquirida de qualquer forma, que precisamos fortalecer cada vez mais as práticas do SUAS e no SUS, para que também outras áreas do saber se sintam atraídas por estes espaços.

“Controle, sistema de acompanhamento informatizados que a gente possa ter cruzamento de dados acesso a esses dados. As capacitações também eu acho importante a formação continuada de profissionais onde a gente possa fazer esse diálogo conjunto. São algumas saídas que às vezes a gente fica refletindo que seria interessante se a gente poderia realmente aprofundar o trabalho e sofisticar, modernizar [...] outras cidades do Brasil, outras regiões do Brasil que adotaram sistemas informatizados por exemplo na assistência social que estão muito interessantes, que oferecem uma base de organização para viabilizar esse encontro com outros setores que eu achei bem legal e que a gente poderia, talvez no futuro, no sonho” (Profissional 09).

“Neste sentido seria um agrupamento de serviços com maior celeridade para responder os anseios dos usuários” (Profissional 15).

Outro fator citado pelos entrevistados em relação a prática interdisciplinar nos serviços de Senhor do Bonfim está relacionado a uma melhor organização dos serviços, dos técnicos/profissionais terem tempo determinado e “autorizado” para

exercer a prática desta forma. O entendimento que aqueles que ocupam cargo de liderança (gestores, diretores, coordenadores) precisam ter para possibilitar as ações, ter autonomia e conhecimento técnico de como deve ser o serviço, porque a interdisciplinaridade é uma prática prevista pelas normas que organizam os serviços como PAIF da assistência social e da ESF da saúde, mas muitas vezes é priorizado o quantitativo dos atendimentos, os números e não a qualidade por exemplo, ou melhor dizendo o olhar integral sobre o usuário/paciente que demanda cuidado/atendimento, e que muitas vezes acontece de forma fragmentada, perdendo assim a sua eficácia e eficiência.

Existe a priorização de ações mais clínicas, assistencialistas, imediatistas. Enxergar o problema das questões sociais e a sua resolutividade, nos remete a lembrar do princípio da articulação entre as políticas públicas tão preconizada pela nossa Constituição Cidadã. É notória a urgência em rever as normativas, tem município que estão com novas gestões, novas pessoas ocupando cargos de chefia, que necessitam de conhecimento da sua área e da dos outros, uma política pública sozinha não alcança seus objetivos de cuidado e resolutividades das demandas de forma isolada, mas que isto seja na prática cotidiana, no território onde de fato as coisas e as pessoas residem e as questões/problemas acontecem.

“Eu acho que isso deve surgir/vir lá de cima, ter uma compreensão da importância, lá de cima que eu digo, refere-se desde a gestão, de secretários, da Coordenação. Essa discussão sobre a importância dessa prática, porque de lá a gente sabe que são os profissionais dentro da base da Saúde, da assistência médica, psicólogos, enfermeiros e vão estar realizando de fatos trabalho interdisciplinar mais convencionais. Existe uma questão da carga horária, seja uma questão de condições de trabalho, de uma melhor organização os dias os horários de trabalho. Talvez tem que diminuir alguma função, organizar melhor pela função para que exista um tempo dedicado voltado semanalmente ou mensalmente, trimestralmente para uma reunião, estudo de caso entre os setores da saúde e da assistência. Então, acho que é possível existir isso a partir desta compreensão e a partir disso, dia a dia exista uma maior comunicação entre esses setores para que possa se articular. Momentos onde existe realmente a possibilidade da participação dos profissionais” (Profissional 04.)

“Comunicação mais frequente e construção de redes de atendimento, estudos de casos para encaminhamentos de demandas” (Profissional 07).

“A gestão precisa estabelecer formas de escuta e diálogo. Melhorar a questão da visão da hierarquia (coordenação/diretoria/superintendência) para maior articulação com a saúde. Deve partir da gestão, os gestores das pastas tem que ter mais articulação para resolver e facilitar a resolutividade das questões” (Profissional 03).

A interdisciplinaridade no SUAS caracteriza um projeto político coletivo que agrega e direciona interesses diversos na compreensão da assistência social como direito, e como política pública consolidada no sistema unificado, na direção de um amplo e universal sistema de proteção social, com democratização de renda e riqueza, e socialização da participação (SILVEIRA, 2011).



## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos limites e desafios pontuados neste estudo para a prática integrada entre SUS e SUAS no município em questão, abre um campo de novas possibilidades, tensas e contraditórias, ao trabalho profissional das equipes de referências da Secretaria de Saúde e de Assistência Social em especial os profissionais envolvidos. Os resultados mostram que os profissionais compreendem a importância do trabalho intersetorial e interdisciplinar, mas os desafios são muito a serem enfrentados, mas as possibilidades são bem reais emensuráveis.

Os resultados estão relacionados à identificação dos gargalos que dificultam a comunicação e conseqüentemente a intervenção profissional na perspectiva da ação interdisciplinar entre os profissionais, e, sobretudo, a ação integrada entre as duas políticas públicas no município de Senhor do Bonfim - Bahia. O estudo apontou preliminarmente alguns dos entraves para a integração entre as duas políticas públicas, o que dificulta a ampliação e a qualidade e resolutividade do atendimento e acompanhamento aos usuários, a saber: alta demanda e quantidade de profissionais/carga horária insuficiente para suprimir a demanda; falta de tempo para realização de atividade interdisciplinares; falta de planejamento integrado; baixa ou inadequada forma de organização das ações no território de abrangência dos serviços de saúde e assistência social em conformidade com os princípios e diretrizes previstas pela Constituição de 1988, que garanta a intersetorialidade. Ainda a falta de entendimento das coordenações/lideranças que estão a frente dos equipamentos quanto a reais atribuições dos profissionais e o objetivo do serviço, programa, projeto e benefício. Ainda se verifica um ideário conservador, clientelista e por vezes assistencialista, associado ao viés político partidário, enxergando ainda a política pública como ação de governo e não como um dever do estado.

As possibilidades e formas de melhorar a atuação profissional, estão diretamente relacionadas a forma de agir, a prática cotidiana dos profissionais e do entendimento das lideranças (gestores, coordenadores, diretores) quando as prerrogativas de cada serviço, programa, projeto e benefícios; respeito e garantia da educação permanente e continuada de todos os atores, e não apenas das equipes de referência, mas da gestão da política pública e da instância de controle social, até mesmo porque apesar de haver um quantitativo de profissionais com vínculo efetivo no município, os cargos de direção são de livre nomeação o que tende a mudar a

cada mudança de gestão, exigindo uma reorganização do trabalho na direção da intersetorialidade e integralidade do cuidado e proteção social.

Para a melhoria do atendimento aos usuários pelos serviços de saúde e assistência social, na lógica da intersetorialidade tanto preconizada pelas normativas das duas políticas públicas, é primordial construir um processo de diálogo contínuo e eficaz entre os gestores para elaboração de um protocolo e/ou fluxograma integrado de atendimento para o município para assim facilitar a comunicação entre os setores e a relação com o público alvo. Já existem protocolos e fluxos os quais são definidos pelas instâncias estadual e nacional, mas faz-se necessário um que esteja de acordo com a realidade local. E que este processo seja feito com os profissionais e não de cima para baixo, sem ouvir as equipes e as coordenações que estão na ponta.

Mostra-se ainda fundamental a realização de um diagnóstico da realidade no que concerne as intervenções que exigem articulação, prática interdisciplinar entre os profissionais, e que a gestão tenha um olhar técnico e administrativo que garanta a aplicabilidade do que está definido nas normas dos serviços, programas e projetos e sobretudo que garanta a integralidade do atendimento às demandas dos usuários, buscando um agir sobre todos os aspectos da vida dos indivíduos e famílias que residem nos territórios de abrangência.

As questões abertas possibilitaram realizar a análise das informações subjetivas, trazidas à luz das percepções dos entrevistados sobre a prática cotidiana nos espaços reais de trabalho no município de Senhor do Bonfim entrelaçada a conceitos como intersetorialidade, interdisciplinaridade, integralidade que trouxeram muitos elementos que precisam ser analisados para além deste estudo ora exposto.

Em virtude da pandemia pelo COVID 19, novas formas de agir e pensar surgiram, a forma de lidar com saúde-doença vem exigindo muitos dos profissionais das duas políticas públicas, que em todo este período não puderam parar suas atividades por serem atividades de extrema relevância e essencial para a população, mesmo vendo colegas de trabalho irem a óbito, medo de levar a infecção para dentro de seus lares e não saber ao certo como será o futuro que está por vir. No momento o foco maior é o vírus (prevenção e cura), mas ao mesmo tempo as questões sociais se agravam cada dia mais, fruto do alto índice de desemprego, o retorno da fome e da vulnerabilidade que tanto foi reduzida nos últimos 20 anos por meio da execução da

política pública estruturante de Assistência Social enquanto “direito do cidadão e dever do estado”.

Percebe-se que como aspecto relevante trazido pelas equipes é o fator da alta demanda de trabalho associado a existência de equipes mínimas foi rebuscadamente enfatizado sem subestimar outros elementos importantes também suscitados, não obstante. A conta não fecha, são muito municípios que demandam cuidado, para a quantidade de profissionais por área de abrangência, não dá mais para trabalhar apenas com equipes mínimas, é necessário maior investimento das esferas estadual e federal nas duas políticas públicas, em especial na de assistência social o qual não tem um valor fixo e constitucional de repasse público.

As duas políticas fazem parte do tripé da seguridade social, junto com a previdência, mas a forma de financiamento é injusta e desigual, não foram instaladas vias de mútua acessibilidade entre as operações destas, mesmo as mais simples que proporcionasse uma operação mais integrada dentro dos territórios comum de atenção e cuidados como se observou na análise e observação do estudo. Mas identifica-se vontade de avançar, de tornar realidade está tão preconizada intersetorialidade.

Partindo do pressuposto de que desejo e conhecimento técnico quando andam juntos podem fazer muita diferença, é possível vislumbra a melhoria do cuidado despendidos aos usuários pelos profissionais no município em questão, de forma favorável à sua resposta a maior integração das ações, é importante que a empresa pública Prefeitura Municipal de Senhor do Bonfim valorize e priorize as ações de integração dentro de todo o território onde sejam executadas as ações das duas políticas, claro, de forma a se integrar também com as outras políticas como: educação, segurança, lazer, habitação e outras que propicie o olhar da integralidade sobre os bonfinenses, garantindo assim cidadania.

Nesse contexto, trona-se urgente a implementação de técnicas de gerenciamento, com ênfase no matriciamento, criação de fóruns de trabalhadores do SUAS e do SUS, comitês de gestores, e até mesmo núcleo intersetorial para elaboração conjunta de proposições para facilitar o diálogo entre as secretarias e setores e a própria sociedade civil organizada do município.

Desta forma, considera-se a produção deste estudo é um arcabouço teórico acerca da integração SUS e SUAS, no município de médio porte do Território de Piemonte Norte do Itapicuru, estado da Bahia que contribuirá para melhor

conhecimento dos profissionais envolvidos acerca de sua prática cotidiana, e que incentivará os demais municípios da região a refletir sobre sua prática e como vem sendo a garantia da integralidade.

Por último, resta a afirmativa de que um espaço de trabalho merece prudência e cuidado, sendo seus trabalhadores merecedores de atenção e escuta na direção da melhor escolha para intervir na realidade de forma integrada e eficiente.

Para o funcionamento do SUS e SUAS, ao que se refere principalmente aos recursos humanos, temos a NOB-RH\SUAS, no entanto a sua plena efetivação ainda se constitui um desafio, levando em conta a precarização do trabalho na gestão e operacionalização deste sistema e a precarização a que os trabalhadores estão submetidos. Um desafio que apresenta a necessidade de realização de concurso público para equilibrar o quantitativo de recursos humanos a plena autonomia dos trabalhadores, adequadas condições de trabalho, políticas de qualificação e educação permanente, além das equipes incompletas que não permitem, na maioria das situações, a oferta e realização dos serviços de saúde e assistência social com qualidade.

É imprescindível também a incorporação das novas tecnologias de informação no trabalho das políticas sociais, garantindo o uso das ferramentas possíveis e necessárias para melhorar profundamente a prática intersetorial, e assim visualizar os impactos da revolução tecnológica na intervenção profissional e na relação dos profissionais com os usuários, e como isto vai incidindo nas representações dos usuários e na consciência e formas de subjetivação dos profissionais.

Com fluxos, os processos de comunicação e apoios da administração central fortalece o SUAS e faz convergir esforços entre distintos serviços, possibilitando que os usuários tenham direitos garantidos de forma mais completa, valendo das complementaridades das distintas estruturas presente em cada território. É de sua importância essa comunicação dialógica para dar conta das necessidades da pessoa que não se limitam aos serviços de saúde e aí trazer a intersetorialidade, as redes. Porque o SUS vêm mostrando suas fragilidades na comunicação e isso é um desafio presente em diversos cenários do cuidado em saúde. Então é preciso encontrar mecanismos que melhorem a comunicação e garantam o acesso dos usuários aos dois sistemas.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, R.A. **A influência dos modos de custeio na ação do prestador privado de serviços socioassistenciais (O caso de cinco municípios da região metropolitana da grande Vitória)** [Tese de Doutorado] Em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica De São Paulo (Puc - Sp) São Paulo 2010,
- ALMEIDA, N.L.T. Descentralização e intersetorialidade: desafios para a consolidação da política pública de educação. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (org.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais. Campinas: Papel Social, 2014.**
- ARAGAO, J. W. M.; MENDES NETA, M. A. H. **Metodologia Científica**. Salvador: UFBA, Faculdade de Educação, Superintendência de Educação a Distância, 2017.
- AZEVEDO, E.; PELICIONI, M.C.F.; WESTPHAL, M.F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1333-1356,2012.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo, 2011. Edições 70.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2008.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. Brasília: MDS, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial / **Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **GUIA DE ORIENTAÇÃO TÉCNICA – SUAS N.º1 – PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**. Brasília:MDS, 2005.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Pacto ela vida, em Defesa do SUS e de Gestão - Diretrizes Operacionais**. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social do Sistema Único de Saúde**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006
- \_\_\_\_\_. NOB-RH/SUAS. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS, 2006.
- \_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. Brasília, 2004.

BRASIL. Diário Oficial da União. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Texto da Resolução Nº 109, 2009.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **O Acompanhamento de Organizações da Sociedade Civil com atuação no SUAS**. Brasília/DF Janeiro de 2022

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - Nob/Suas**. 2. ed. Brasília: MDS, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **GESTÃO DO TRABALHO NO ÂMBITO DO SUAS: Uma contribuição Necessária**. -- Brasília, DF:MDS;Secretaria Nacional de Assistência Social. Acesso em 05 de fevereiro de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde.Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização.**Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada**.Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. 2. ed. Brasília, DF, 2006. 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL.PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em 01 de janeiro de 2022.

CÂMARA, Rosana Hoffman. **Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações**. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cadernos de saúde pública, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAVALCANTI, P. B.; BATISTA; K. G. S.; SILVA, L. R. **A estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB**.In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS, INTERSETORIALIDADE E FAMÍLIAS, 1., 2013, Porto Alegre. Anais [...], Porto Alegre: PUC/RS, 2013.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2. Ed. Petrópolis, R.J.: Vozes, 2008

CRESWELL, John W.; TASHAKKORI, Abbas. **Desenvolvimento de manuscritos de métodos mistos publicáveis**. Journal of Mixed Methods Research , v. 1, n. 2, pág. 107-111, 2007.

CUSTÓDIO, A. V.; SILVA, C. R. C. **A Intersetorialidade nas Políticas Sociais Públicas**. In: **Mostra de Trabalho Científico**, 1.;Seminário Nacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea, 11., 2015, Santa Cruz do Sul. Anais [...], Santa Cruz do Sul: UNISC, 2015. <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/viewFile/14264/2708>. Acesso em: 09 out. 2018.

FRATINI, Juciane Rosa Gaio; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. **Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde**. Ciência, cuidado e saúde, v. 7, n. 1, p. 065-072, 2008.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. **Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde**. Ciência, cuidado e saúde, v. 7, n. 1, p. 065-072, 2008.

Gil AC. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

KASTRUP, Virgínia. **Aprendizagem, arte e invenção**. Psicologia em estudo, v. 6, 2001.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M..**Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

LUNA, Sérgio Vasconcelos de. **Planejamento de pesquisa: uma introdução**- 2 ed., 1 reimpr. - São Paulo: EDUC, 2011. 116 p.; 18 cm. - (Série Trilhas)

MAGALHÃES, V. B. **Rompendo o Isolamento: Reflexões Sobre História Oral e Entrevistas a Distância**. Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

MARTINS, A. S. R. **A intersectorialidade das políticas de saúde e de assistência social no sistema de atenção domiciliar em Franca/SP**. 2015. 176 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Franca, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/134151>. Acesso em: 10 jan.2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC,2010.

MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (orgs.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014.

MONNERAT, G. L. SOUZA, R. G. **Espaço Temático: Políticas Sociais e Questões Contemporâneas. DaSeguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil.** Rev. katálysis 14(1), Jun 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802011000100005>

MOREIRA, Ruy. **Repensando a Geografia.** In: SANTOS, Milton (Org.). *Novos rumos da Geografiabrasileira.* São Paulo: Hucitec, 1982.

MUNIZ, Egli. **Equipes de Referência no SUAS e as Responsabilidades dos trabalhadores.** In: **Gestão do Trabalho no Âmbito do SUAS: Uma Contribuição Necessária para Resignificar as Ofertas e Consolidar o Direito Socioassistencial.** BRASIL, 2011

OLIVEIRA, L. M. S. R. de; MOREIRA, M. B. **Da disciplinaridade para a interdisciplinaridade: um caminho a ser percorrido pela academia.** Revista de Educação do Vale do São Francisco-REVASF, v. 7, n. 12, p. 38-59, 2017.

PEREIRA, José Roberto et al. **Gestão social dos territórios da cidadania: o zoneamento ecológico-econômico como instrumento de gestão do território noroeste de Minas Gerais.** Cadernos EBAPE. BR, v. 9, n. 3, 2011.

PHILIPPI JR., A. et al. **Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais.** São Paulo: Signus Editora, 2000.

QUINONERO, Camila Gomes et al. **Princípios e diretrizes da Assistência Social: da LOAS à NOB SUAS.** O Social em questão, v. 16, n. 30, p. 47-70, 2013.

RAICHELIS, Raquel. **Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no SUAS.** Serviço Social & Sociedade, n. 104, p. 750-772, 2010.

RODRIGUES, C. R.; CRUZ, N. M. B. da. **Avanços e desafios da intersetorialidade entre as políticas públicas que compõem o tripé da Seguridade Social: um estudo no campo da saúde mental em Divinópolis/MG.** In: SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 4., 2016, Minas Gerais. Anais [...], Minas Gerais: CRESS- MG, 2016.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. **Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 1685-1698, 2010.

SILVA, D. A. J. da; TAVARES, M. F. L. **Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro.** *Saúde em Debate*, v. 40, n. 111, p. 193-205, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0193.pdf>. Acesso em: 09 nov.2021.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. **Análise de conteúdo:**



**exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos.** Qualitas revista eletrônica, v. 16, n. 1, 2015.

SILVA JÚNIOR, Evanildo Souza da et al. **Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 10, p. s49-s60, 2010.

SPOSATI, Aldaiza. **Descaminhos da seguridade social e desproteção social no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, 2018.

SPOSATI, A. A gestão da assistência social na cidade de São Paulo (2001-04). **Revista de Administração Pública-RAP**, v. 39, n. 3, p. 505-571, 2005.

SPOSATI, A. O primeiro ano do Sistema Único de Assistência Social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 87, p. 96-122, 2006.

SPOSATI M. M. da C. Et. al. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS/ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.** – 1. ed. – Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009

SOUZA, Gilberto Gomes. S729p **Percepção dos profissionais de saúde sobre educação permanente na área** - Petrolina, 2017. xiv, 103 f.: il.: 29 cm. Gil, Antônio Carlos, 1946- Como elaborar projetos de pesquisa/Antônio Carlos Gil. -4. ed. - São Paulo : Atlas, 2002

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILAS BÔAS, Ana Luiza. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde.** Fundamentos da vigilância sanitária, p. 49-60, 2000.

VAITSMAN, J., Andrade, G.R.B & Farias, L.F. **Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):731-741, 2009

ZWICK, Elisa et al. **Administração pública tupiniquim: reflexões a partir da Teoria N e da Teoria P de Guerreiro Ramos.** Cadernos Ebape. BR, v. 10, 2012.

Universidade Federal do Vale do São Francisco. Gabinete da Reitoria. Sistema Integrado de Bibliotecas. **Manual de normalização de trabalhos acadêmicos da UNIVASF/ UNIVASF.** – 4. ed. . – Petrolina, 2019. 115 f. : il. ; 29 cm

SCHMIDT, Beatriz; PALAZZI, Ambra; PICCININI, Cesar Augusto. **Entrevistas online: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID- 19.** Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, v. 8, n. 4, p. 960-966, 2020.

## APÊNDICE A

### Roteiro da entrevista semi estruturada

**Data da entrevista:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_

#### **Parte I – Dados sociodemográfico**

1 - Nome: \_\_\_\_\_

2 - Idade: \_\_\_\_\_

3 - Sexo: feminino ( ) masculino ( ) outro

4 - Profissão: \_\_\_\_\_

5 - Escolaridade:

( ) graduação

( ) pós graduação

Especialização

( ) Mestrado

( ) Doutorado

( ) Pós doutorado

#### **Parte II – Cotidiano de trabalho**

1 – Conte-me como é o seu dia a dia de trabalho.

2 - Considera necessárias as ações realizadas no seu cotidiano de trabalho?

( ) Sim

( ) Não

3 - Com você se sente no desenvolvimento de seu trabalho?

4 – Para você, o que poderia contribuir para aprimorar o atendimento ao público que você atende? O que poderia ser modificado para melhorar o atendimento?

5- Quais são as suas expectativas futuras em relação ao seu trabalho?

6 - Pretende continuar nessa atividade?

( ) Sim

( ) Não

Por qual (ais) motivo (s)?

7 – Tem participado de cursos, seminários, congressos, oficinas na sua área de atuação?

( ) Sim

( ) Não

Caso sim, foram presenciais ou online?

8 - Existe uma política de educação permanente no órgão que trabalha?

( ) Sim

( ) Não

( ) Não sabe informar

9 - Você realiza algumas das atividades relacionadas abaixo com profissionais da Secretaria de Saúde ou Assistência Social? Qual (is)?

( ) estudo de caso

( ) reuniões de equipe

( ) utilização de prontuário comum com outros profissionais

( ) visita domiciliar

( ) trabalho de grupo

( ) outro: \_\_\_\_\_

10 – Com qual objetivo foi realizada a (s) atividade (s) escolhidas?

11 – Considera positiva a realização de atividades deste tipo?

( ) sim ( ) não. Por quê?

12 – Cite três ações que você considera necessária à intervenção conjunta com outros profissionais de outras políticas públicas?

**Parte III – Descrição das ações que exigem ação complementar e integrada nas duas políticas públicas, compreendendo o contexto geral e não apenas da sua ação individual.**

1 - Para você o que é trabalho ou atuação intersetorial?

2 - E por integralidade?

3 - O que você entende por interdisciplinaridade?

4 - Você considera que há intersetorialidade entre Saúde e Assistência social no município de Senhor do Bonfim?

( ) sim ( ) não ( ) em parte

De que forma? \_\_\_\_\_

5 - Você considera que a intersetorialidade provoca mudança em sua prática profissional e nas dos outros profissionais envolvidos nas políticas públicas de saúde e de assistência social?

( ) sim

( ) não

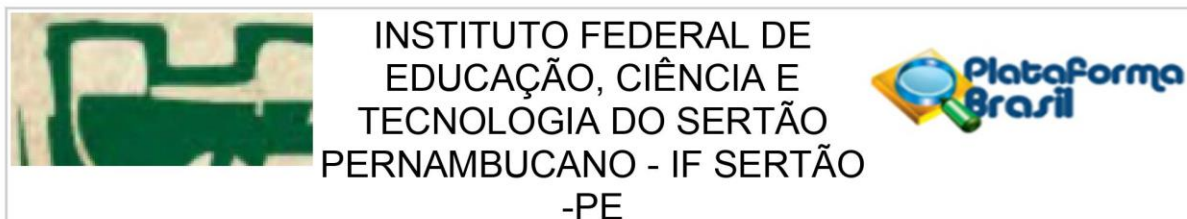
6 - Você desenvolve em sua prática cotidiana ações de cunho interdisciplinar?

( ) sim

( ) não

Caso sim, dê exemplos?

## APÊNDICE B - cópia do parecer do Comitê de Ética



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL ENTRE OS SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM SENHOR DO BONFIM BAHIA

**Pesquisador:** ADRIANA LIMA DOS SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 56145521.7.0000.8052

**Instituição Proponente:** UNIVASF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.388.893

#### Apresentação do Projeto:

1. O projeto de pesquisa intitulado: "DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL ENTRE OS SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM SENHOR DO BONFIM BAHIA", está sob responsabilidade da pesquisadora ADRIANA LIMA DOS SANTOS, estudante de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade do Vale do São Francisco (Univasf). O projeto apresenta os itens necessários à elaboração do parecer ético (Arquivo PBinformações básicas, projeto básico, descrição riscos e benefícios aos participantes da pesquisa e termos de apresentação obrigatória).

#### Objetivo da Pesquisa:

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

"Identificar entraves na comunicação e na intervenção entre os profissionais, dos Sistemas, Único de Saúde e de Assistência Social no município de Senhor do Bonfim, estado da Bahia, e propor novas possibilidades de práticas, na perspectiva da melhor prestação de serviço aos usuários,

**Endereço:** Rua Aristarco Lopes, 240, 2º andar, sala 46.

**Bairro:** CENTRO

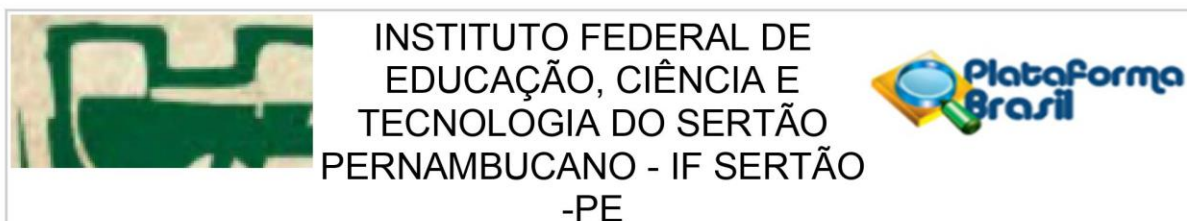
**CEP:** 56.302-100

**UF:** PE

**Município:** PETROLINA

**Telefone:** (87)2101-2364

**E-mail:** cep@ifsertao-pe.edu.br



Continuação do Parecer: 5.388.893

buscando garantir o princípio da integralidade.""

### 3.2 Objetivos Específicos

- " - Caracterizar os trabalhadores de nível superior envolvidos na aplicação e execução das políticas públicas de Saúde e de Assistência Social de Senhor do Bonfim;
- Identificar as ações cotidianas que os trabalhadores realizam junto aos usuários da atenção básica da saúde e da proteção social básica de assistência social;
- Analisar as ações que exigem ação complementar e integrada nas duas políticas públicas;
- Analisar os cenários oportunizados aos profissionais do SUS e SUAS e as possibilidades de ampliação e qualificação dos serviços à população usuária;
- Buscar medidas a fim da otimização do atendimento."

3.3 Os objetivos de pesquisa são claros, estão alinhados com a metodologia proposta e são exequíveis dentro do cronograma apresentado.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

#### 3. Riscos e Benefícios

##### 3.1 Riscos

"Há riscos de ordem psicológica e ética tendo em vista que os profissionais irão fornecer informações de cunho pessoal acerca de suas atribuições profissionais e de seu trabalho diário e da relação com outras equipes de trabalho, o que pode gerar situação de constrangimento. E ainda, situação de desconforto associados a cansaço em decorrência do tempo da entrevista, e risco em relação ao armazenamento do conteúdo das gravações das respostas dadas na entrevista. Em virtude da COVID- 19 se não forem utilizadas as medidas de proteção/prevenção pode ocorrer o contágio durante as entrevistas, contudo este risco é diminuído porque os profissionais envolvidos são de duas áreas as quais o processo de vacina já esta bem adiantado, e ainda no município de Senhor do Bonfim o percentual da população vacinada está acima de 70%.

##### 3.2 Benefícios

"Elaboração de um arcabouço teórico para melhorar e fundamentar a prática profissional; Possibilidade que o individuo entrevistado terá de realizar uma análise sobre sua pratica de trabalho;"

**Endereço:** Rua Aristarco Lopes, 240, 2º andar, sala 46.

**Bairro:** CENTRO

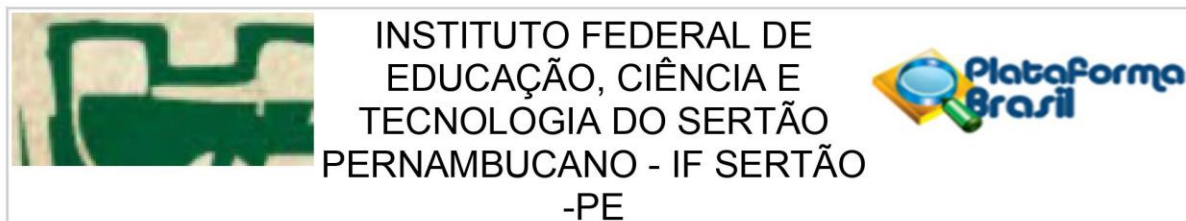
**CEP:** 56.302-100

**UF:** PE

**Município:** PETROLINA

**Telefone:** (87)2101-2364

**E-mail:** cep@ifsertao-pe.edu.br



Continuação do Parecer: 5.388.893

### 3.3

A descrição dos riscos e benefícios aos quais os participantes do estudo serão submetidos está em conformidade com os princípios éticos.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

4. O projeto apresenta adequadamente os seguintes itens necessários para a análise ética: tema, objeto da pesquisa, relevância social, local de realização da pesquisa, população a ser estudada, garantias éticas aos participantes da pesquisa, método a ser utilizado, cronograma, orçamento, critérios de inclusão dos participantes na pesquisa, critérios de encerramento e divulgação dos resultados do estudo.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

5. O projeto apresenta em conformidade os seguintes itens: TCLE, Termos de Confidencialidade e sigilo. As Cartas de Anuência das Secretarias de Saúde e Assistência Social e o cronograma do protocolo de pesquisa, conforme exigência do CEP, foram corrigidos.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

No que concerne aos aspectos éticos, o projeto está aprovado. Adicionalmente, o pesquisador principal deve:

- Atentar-se ao prazo para o envio do relatório parcial (quando houver alteração no projeto, a qualquer tempo) e/ou final das atividades desenvolvidas (12 meses a partir da data de aprovação do parecer consubstanciado);
- Enviar ao CEP, juntamente com o relatório final (modelo disponível na página do IF Sertão-PE), um exemplar digitalizado de cada termo (TCLE, TCLE para Pais/Responsáveis e/ou TALE, conforme o caso), bem como uma declaração afirmando que todos os demais termos passaram pelo mesmo procedimento;
- Informar ao CEP, a qualquer tempo, caso ocorram mudanças no projeto (metodologia, cronograma, número de participantes, etc) que tenham implicação ética em sua execução;
- Procurar o CEP, a qualquer tempo, para tirar quaisquer dúvidas em relação aos aspectos éticos

**Endereço:** Rua Aristarco Lopes, 240, 2º andar, sala 46.

**Bairro:** CENTRO

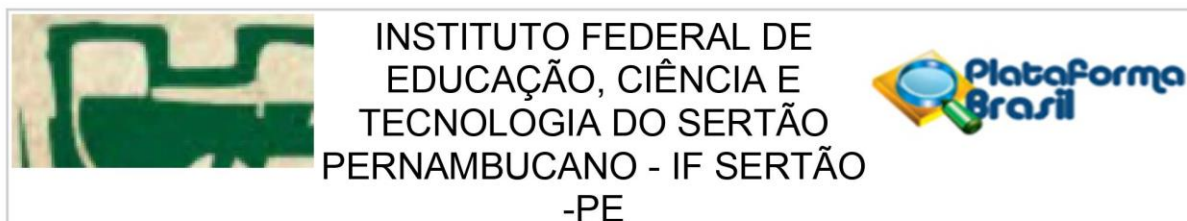
**CEP:** 56.302-100

**UF:** PE

**Município:** PETROLINA

**Telefone:** (87)2101-2364

**E-mail:** cep@ifsertao-pe.edu.br



Continuação do Parecer: 5.388.893

da pesquisa envolvendo seres humanos, ou demais informações que necessite.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1701004.pdf	04/05/2022 09:20:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetedepesquisa.pdf	03/05/2022 20:09:55	ADRIANA LIMA DOS SANTOS	Aceito
Outros	cartarespostaaocomite.pdf	03/05/2022 18:43:59	ADRIANA LIMA DOS SANTOS	Aceito
Outros	termodeanuenciasocial.pdf	03/05/2022 18:27:35	ADRIANA LIMA DOS SANTOS	Aceito
Outros	termodeanuenciasaude.pdf	03/05/2022 18:26:12	ADRIANA LIMA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	20/01/2022 19:36:04	ADRIANA LIMA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/01/2022 22:57:22	ADRIANA LIMA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Termodecompromissoesigilo2.pdf	14/12/2021 18:49:26	ADRIANA LIMA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Autorizacaodeusodedados.pdf	14/12/2021 17:11:19	ADRIANA LIMA DOS SANTOS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Aristarco Lopes, 240, 2º andar, sala 46.

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 56.302-100

**UF:** PE

**Município:** PETROLINA

**Telefone:** (87)2101-2364

**E-mail:** cep@ifsertao-pe.edu.br