e-ISSN 2675-7656

V. 7, N. 2, 2024

Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul

Publicação da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser

Governador do Estado
Eduardo Correa Riedel

Vice-Governador
José Carlos Barbosa

Secretário de Estado de Saúde
Maurício Simões Corrêa

Secretária Adjunta de Estado de Saúde
Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves

Superintendente de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Diretor da Escola de Saúde Pública
André Vinicius Batista de Assis

Governo do Estado de Mato Grosso do Sul
www.ms.gov.br

Secretaria de Estado de Saúde
www.saude.ms.gov.br

Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser
www.esp.ms.gov.br

e-ISSN 2675-7656

V. 7, N. 2, 2024

Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul

Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul

A Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul é uma publicação Semestral editada pela Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser.

Governo do Estado de Mato Grosso do Sul
Secretaria de Estado de Saúde

Comitê Editorial

Editoras Chefe

Inara Pereira da Cunha – (SES/ESP)

Maria de Lourdes Oshiro – (SES/ESP)

Editor de Normalização e Produção

Marcos Rubens Alves da Silva
Bibliotecário – (CRB1/2791)

Marli Vitor da Silva
Bibliotecária – (CRB1/S0019)

Editor de Comunicação

André Vinicius Batista de Assis – (SES/ESP)

Conselho Editorial

Editores Adjuntos

Edgar Oshiro (SES/ESP)
Estela Marcia Rondina Scandola (SES/ESP)
Marcia Naomi Santos Higashijima (SES/ESP)

Editores Associados

Adélia Delfina da Mota Silva Correa (UFMS)
Ana Rita Barbieri (UFMS)
Cibele Moura Sales (UEMS)
Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves (UFMS/SES)
Denise Rodrigues Fortes (ETSUS/SES)
Elizete da Rocha Vieira de Barros (UFMS)
Julio Henrique Rosa Croda (FIOCRUZ/UFGD)
Karine Cavalcante da Costa (ATENÇÃO BÁSICA/SES)
Laís Alves de Souza Bonilha (UFMS)
Luiz Claudio Santos Thuler (INCA/RJ)
Mauricio Pompílio (UFMS/UNIDERP)
Rogério Dias Renovato (UEMS)
Rosa Malena Xavier (Uneb)

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul
Avenida Senador Filinto Müller, 1480 – Vila Ipiranga
79.074-460 – Campo Grande – MS – Brasil
Tel.: (67) 3345-8000 – E-mail: *revistasp@saude.ms.gov.br*
Disponível em: *http://revista.saude.ms.gov.br/index.php/rspms*

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) – Brasil

R454 Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul / Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. -- Vol. 1, n. 1, (2018) - . - Campo Grande, MS: Escola de Saúde Publica Dr. Jorge David Nasser, 2018 -.

v.

Semestral
ISSN 2675-7656 Online
ISSN 1981-9722 Impresso

1. Saúde Pública. 2. Periódico. I. Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. II. Titulo.

CDD 614.058171 (23)

Bibliotecário Responsável: Marcos Rubens Alves da Silva CRB1/2791

Marli Vitor da Silva CRB1/S0019

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião da revista.

Este é um periódico de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

SUMÁRIO

EDITORIAL ***05***

ARTIGO DE REVISÃO

REVIEW ARTICLES

DESAFIOS SOCIAIS E POLÍTICOS DO MODELO SANITARISTA NO BRASIL: IMPACTOS E LIMITAÇÕES NA GESTÃO MUNICIPAL ***07***

SOCIAL AND POLITICAL CHALLENGES OF THE SANITARIST MODEL IN BRAZIL: IMPACTS AND LIMITATIONS ON MUNICIPAL MANAGEMENT

Alessandro Martins Ribeiro; Wylnara dos Santos Braga; Ronny Batista de Souza

DOI: https://doi.org/10.70630/rspms.v7n2.319

RELATO DE EXPERIÊNCIA

EXPERIENCE REPORT

TRANSMISSÃO DE ESPOROTRICOSE NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL, BRASIL: ADOTANDO UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE ÚNICA ***23***

SPOROTRICHOSIS TRANSMISSION IN MATO GROSSO DO SUL STATE, BRAZIL: EMBRACING A ONE HEALTH APPROACH

Cynthia Mantovani; Claudia Granja Macedo Mota Ferreira; Kelly Cristina da Silva Godoy; Andrew Vitório Nóbrega Marques; Ingrid Batista Pinto; Cristina Pires de Araujo

DOI: https://doi.org/10.70630/rspms.v7n2.312

PSICOLOGIA NO CONSULTÓRIO NA RUA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA EM ARACAJU – SE ***31***

PSYCHOLOGY IN THE STREET OFFICE: AN EXPERIENCE REPORT IN ARACAJU - SE

Jainatan Rocha da Silva

DOI: https://doi.org/10.70630/rspms.v7n2.305

EDITORIAL

Caro(a) Leitor(a),

A saúde pública é um campo dinâmico e complexo, que exige constante reflexão sobre seus desafios, avanços e práticas inovadoras. Nesta edição da Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul, reunimos três artigos que abordam temas urgentes e interconectados, refletindo a realidade do nosso sistema de saúde e apontando caminhos para a construção de um futuro mais equitativo e eficiente.

O primeiro artigo, "Desafios Sociais e Políticos do Modelo Sanitarista no Brasil: Impactos e Limitações na Gestão Municipal", traz à tona uma discussão sobre os entraves enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em nível municipal. A pesquisa evidencia como a falta de integração entre programas, a verticalização da administração e os conflitos operacionais comprometem a descentralização e a integralidade do sistema. Esses desafios não são apenas técnicos, mas também políticos e sociais, exigindo uma articulação mais robusta entre os diferentes níveis de governo e a capacitação contínua dos gestores municipais. Este estudo serve como um alerta e um chamado à ação, reforçando a necessidade de um SUS mais coeso e eficiente, capaz de responder às demandas da população com qualidade.

Já o segundo artigo, "Transmissão de Esporotricose no Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil: Adotando uma Estratégia de Saúde Única", nos lembra da importância de abordagens integradas entre saúde humana, animal e ambiental. O relato de experiência profissional sobre o manejo de um caso de transmissão intrafamiliar de esporotricose, zoonose causada pelo fungo Sporothrix spp., destaca a necessidade de uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde humana e animal. A estratégia de Saúde Única, que preconiza a integração dessas áreas, mostra-se essencial para o controle de doenças zoonóticas e para a promoção da saúde coletiva. Este estudo reforça a relevância de políticas públicas que incentivem a colaboração interdisciplinar, especialmente em um estado como o nosso, onde a interface entre saúde humana e animal é tão presente.

Por fim, o terceiro "Psicologia no Consultório na Rua: Um Relato de Experiência em Aracaju – SE", nos convida a refletir sobre a atuação da psicologia em contextos de vulnerabilidade social. O relato da experiência de uma psicóloga no Consultório na Rua (CnaR) evidencia a importância do trabalho multidisciplinar e da integralidade do cuidado para populações em situação de rua. A psicologia, nesse contexto, vai além das práticas tradicionais, atuando de forma humanizada e próxima às realidades dessas pessoas. Este trabalho nos inspira a pensar em como ampliar e fortalecer iniciativas semelhantes em Mato Grosso do Sul, garantindo que a saúde mental e o bem-estar sejam acessíveis a todos, independentemente de sua condição social.

Juntos, esses três artigos nos oferecem um panorama multifacetado da saúde pública. Eles nos mostram que, apesar dos desafios, há caminhos promissores a serem trilhados: a integração entre políticas públicas, a colaboração interdisciplinar e o compromisso com a equidade e a humanização do cuidado.

Que esta edição sirva como um convite à reflexão e à ação, inspirando gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e a sociedade civil a trabalharem juntos por um sistema de saúde mais justo, eficiente e acolhedor. A saúde pública é, afinal, um direito de todos e um dever do Estado, e só será plenamente realizada com o engajamento de cada um de nós.

Boa leitura!

Inara Pereira da Cunha (SES/ESP)
Maria de Lourdes Oshiro (SES/ESP)
Editoras-Chefe

DESAFIOS SOCIAIS E POLÍTICOS DO MODELO SANITARISTA NO BRASIL: IMPACTOS E LIMITAÇÕES NA GESTÃO MUNICIPAL

SOCIAL AND POLITICAL CHALLENGES OF THE SANITARIST MODEL IN BRAZIL: IMPACTS AND LIMITATIONS ON MUNICIPAL MANAGEMENT

Alessandro Martins Ribeiro[1], Wylnara dos Santos Braga[2], Ronny Batista de Souza[3]

RESUMO

Introdução: No Brasil, o modelo sanitarista foi adotado como forma promoção e prevenção de saúde para os municípios, imbricados num modelo panorâmico que atenda a demandas em saúde baseado em sua realidade regional. **Objetivos**: Este estudo investigou os desafios sociais e políticos que o modelo sanitarista enfrenta no Brasil, com foco na gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). **Metodologia**: A pesquisa utilizou uma análise sistemática, empregando o Sistema GRADE, para identificar obstáculos à gestão municipal e propor soluções que fortaleçam sua eficácia. **Resultados**: Embora campanhas de saúde pública tenham sido históricas no controle de epidemias, o modelo atual revela limitações, incluindo a falta de integração entre programas de saúde, uma administração verticalizada e conflitos operacionais. Essas questões comprometem a descentralização e a integralidade dos serviços de saúde, resultando em altos custos e desorganização durante campanhas. **Conclusão**: Por fim, destaca-se a necessidade urgente de articulação entre os diferentes níveis de governo e a importância da capacitação dos gestores municipais para superar esses desafios e garantir um sistema de saúde mais eficiente e equitativo.

Palavras-chave: Governança. Participação Cidadã. Sistema Único de Saúde (SUS). Descentralização. Integração dos Serviços.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, the sanitary model was adopted as a form of health promotion and prevention for municipalities, embedded in a panoramic model that meets health demands based on their regional reality. **Objectives**: This study investigates the social and political challenges facing the sanitarist model in Brazil, with a focus on municipal management of the Unified Health System (SUS). **Methodology**: The research uses systematic analysis, employing the GRADE System, to identify obstacles to municipal management and propose solutions to strengthen its effectiveness. **Results**: Although public health campaigns have been historic in controlling epidemics, the current model reveals limitations, including a lack of integration between health programs, verticalized administration and operational conflicts. These issues compromise the decentralization and comprehensiveness of health services, resulting in high costs and disorganization during campaigns. **Conclusion**: Finally, it highlights the urgent need for coordination between the different levels of government and the importance of training municipal managers to overcome these challenges and ensure a more efficient and equitable health system.

Keywords: Governance. Citizen Participation. Unified Health System (SUS). Decentralization. Integration of Services.

[1] Biomédico em Saúde Pública; Mestre em Ciências da Saúde (UFVJM); Doutorando em Saúde Coletiva (Gestão, Políticas e Programas em Saúde) - UFBA IMS/CAT. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-9065-4678. E-mail: alessandro.martins@ufvjm.edu.br

[2] Assistente Social; Mestra em Educação (University do Minho, Braga); Doutoranda em Saúde Coletiva (Gestão, Políticas e Programas em Saúde) - UFBA IMS/CAT. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0001-9490-1595. E-mail: wylnara@gmail.com

[3] Assistente Social; Mestre em Ciências e Saúde (UFPI); Doutorando em Saúde Coletiva (Epidemiologia) - UFBA IMS/CAT. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0001-8549-4465. E-mail: ronnyrbds@hotmail.com

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição CreativeCommons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a história da saúde pública é marcada por diferentes modelos de abordagem ao longo do tempo. Na década de 1930, por exemplo, o modelo sanitarista ganhou destaque com a atuação de sanitaristas e técnicos que organizaram campanhas para combater epidemias como febre amarela, varíola e peste bubônica. Essas campanhas não apenas visavam controlar surtos, mas também estabelecer políticas públicas de saúde que integrassem ações de prevenção e controle de doenças (Costa *et al*., 2010; Escorel; Teixeira, 2012).

A evolução desse modelo sanitarista adotado no país se apoia em uma visão de saúde pública integral e participativa, revela-se essencial para a promoção da saúde em comunidades de alta vulnerabilidade social. No entanto, as condições políticas e a fragmentação dos recursos entre os diferentes níveis de governo dificultam a integração efetiva das políticas sanitárias municipais com as diretrizes estabelecidas em nível federal. Para muitos gestores municipais, a pressão para equilibrar demandas de saúde locais com os limites impostos pela dependência de repasses estaduais e federais resulta em uma gestão limitada e, muitas vezes, insuficiente. O cenário se torna ainda mais desafiador quando se considera a escassez de profissionais especializados e de recursos tecnológicos, fatores que prejudicam a capacidade de resposta dos municípios (Iturri, 2013).

Diante desse contexto, a realização de estudos que abordem os desafios sociais e políticos enfrentados pelo modelo sanitarista no âmbito dos governos municipais mostra-se crucial. A crescente pressão sobre os serviços de saúde pública reforça a necessidade de aprimorar o entendimento dos entraves e das fragilidades que comprometem a atuação dos municípios. Além disso, as mudanças recentes no cenário político e econômico brasileiro têm impactado diretamente a gestão do SUS, exigindo dos gestores municipais novas estratégias para sustentar a eficácia dos serviços oferecidos (Paim; Teixeira, 2006). A análise sistemática de desafios e de possíveis alternativas para superar essas barreiras é um passo essencial para subsidiar ações mais assertivas e integradas nos municípios.

Oswaldo Cruz, uma figura central desse movimento, implementou medidas inovadoras baseadas na teoria de que a febre amarela era transmitida por mosquitos, desafiando as crenças predominantes da época que atribuíam a transmissão à contaminação por contato humano. Ele criou brigadas sanitárias que atuavam na eliminação de focos do mosquito *Aedes aegypti*, levando a uma significativa redução dos casos de febre amarela no Rio de Janeiro (Costa *et al*., 2010).

As campanhas sanitárias também enfrentaram resistência popular, especialmente durante a implementação da vacinação obrigatória contra a varíola em 1904. Essa medida gerou a Revolta da Vacina, um episódio emblemático que evidenciou o conflito entre as políticas sanitárias e as percepções da população sobre saúde e liberdade individual. Apesar das tensões, essas iniciativas foram fundamentais para moldar a saúde pública no Brasil e estabelecer um modelo que buscava integrar ciência e políticas públicas em resposta

às crises sanitárias (Escorel; Teixeira, 2012). Assim, o modelo sanitarista se consolidou como um componente essencial na construção das políticas de saúde no Brasil, refletindo uma abordagem proativa diante das epidemias e um compromisso com a saúde coletiva (Paim, 2003).

Os modelos de atenção à saúde, especialmente o modelo sanitarista/campanhista, definem meios para sustentar tecnologias que foram criadas para minimizar e erradicar agentes, vetores e doenças do ponto de vista tecnicista (Iturri, 2013). A proposta do Centro de Saúde, difundida pela Fundação Rockefeller, foi crucial para expandir os serviços de saúde pública no Brasil. A iniciativa focou em combater doenças endêmicas e promover práticas de saúde preventiva, como puericultura e pré-natal. O apoio da Fundação Rockefeller permitiu o desenvolvimento de programas que visavam melhorar as condições sanitárias e a saúde da população (Costa; Carneiro-Leão, 2021).

Além das campanhas contra epidemias, o modelo de saúde pública também englobava atividades preventivas que incluíam vacinação em massa e educação em saúde. O foco na prevenção foi um marco importante que ajudou a moldar as políticas de saúde pública no Brasil ao longo do século XX (Fernandes; Chagas; Souza, 2011). Essas iniciativas foram fundamentais para estabelecer um sistema de saúde mais estruturado e integrado no Brasil, refletindo uma evolução nas abordagens de saúde coletiva e individual ao longo do tempo.

Apesar da importância que foi o estabelecimento desse modelo eficaz de saúde, as campanhas se utilizavam de instrumentos como folhetos, livros, cartazes e material audiovisual para difundir preceitos sobre saúde e doença, incluindo a importância da vacinação. No entanto, havia críticas sobre o foco na propaganda em detrimento de conteúdo educativo, especialmente em um país com altos índices de analfabetismo na época (Fernandes; Chagas; Souza, 2011).

As campanhas sanitárias do início do século XX no Brasil utilizaram diversas tecnologias e métodos para enfrentar as epidemias e promover a saúde pública, como vacinas, inseticidas e saneamentos, materiais de comunicação, conferência e educação sanitária e métodos de vigilância epidemiológica (Teixeira, 1989; Fernandes; Chagas; Souza, 2011).

A vacinação foi uma das tecnologias mais significativas utilizadas nas campanhas sanitárias. A introdução de vacinas eficazes, como a da varíola, foi crucial para o controle de doenças transmissíveis. O Instituto Soroterápico Federal, precursor da Fiocruz, foi criado para produzir vacinas localmente, reduzindo a dependência de importações e aumentando a capacidade de resposta às epidemias (Teixeira,1989; Escorel; Teixeira, 2012).

O uso de inseticidas com poder residual foi uma inovação importante nas campanhas de combate a vetores, como mosquitos. Essas substâncias ajudaram a controlar a propagação da febre amarela e outras doenças transmitidas por insetos. Além disso, houve um foco significativo na melhoria do saneamento básico, com investimentos em infraestrutura para fornecer água potável e tratamento de esgoto, o que contribuiu para a redução das infecções gastrointestinais (Brasil, 2001).

As campanhas sanitárias também empregaram materiais impressos como folhetos, cartazes e livros para disseminar informações sobre saúde e prevenção. Esses materiais eram utilizados para educar a população sobre práticas higiênicas e a importância da vacinação. Apesar de sua relevância, havia críticas sobre a eficácia desses materiais em um país com altos índices de analfabetismo (Fernandes; Chagas; Souza, 2011).

Os inspetores sanitários eram responsáveis por realizar conferências educativas nas comunidades, promovendo a conscientização sobre saúde pública. Essa abordagem visava não apenas informar, mas também engajar a população na adoção de práticas saudáveis (Costa; Carneiro-Leão, 2021).

A implementação de sistemas de vigilância epidemiológica permitiu o monitoramento eficaz das epidemias e o direcionamento das ações sanitárias. Esses métodos incluíam o mapeamento das áreas afetadas e o rastreamento dos casos de doenças transmissíveis (Fielding, 1999; Paim; Teixeira, 2006).

O modelo "sanitarista" corresponde à Saúde Pública institucionalizada no Brasil durante o século XX, que tem enfrentado os problemas de saúde da população mediante campanhas (vacinação, combate às epidemias, reidratação oral etc.) e programas especiais (controle de tuberculose e da hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental etc). Usualmente essas formas de intervenção não contemplam a totalidade da situação de saúde, isto é, concentram sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer. Deixam de se preocupar com os determinantes mais gerais da situação sanitária. Consequentemente, configuram um modelo assistencial que não enfatiza a integralidade da atenção e não estimula a descentralização na organização dos serviços (Zara *et al*., 2016).

As campanhas de Saúde Pública têm um caráter geralmente temporário, requerem uma grande mobilização de recursos e dispõem de uma administração centralizada. Muitas vezes aparentam uma operação militar visando ao combate de uma epidemia (cólera, dengue etc.), ao controle de determinado agravo à saúde (acidente de trabalho) ou ao esclarecimento e à informação da comunidade pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Como um trabalho de bombeiro, tentando sempre "apagar incêndios". As campanhas têm sido consideradas “um mal necessário” para enfrentar problemas de saúde que a rede de serviços não conseguiu resolver através das suas atividades usuais. E o caso, por exemplo, das campanhas de vacinação (pólio, sarampo etc.) e do controle da dengue ou da meningite. Criam problemas na organização e na administração dos serviços de saúde, pois desestruturam certas atividades de rotina nos períodos que antecedem e sucedem a sua realização, além de apresentarem altos custos (Nascimento, 2011).

Os programas especiais de saúde pública dispõem geralmente de uma administração única e vertical, de modo que atravessam instituições, estabelecimentos e serviços de saúde de forma individualizada e desintegrada (Paim, 2003). Detêm um conjunto de recursos (humanos, materiais e financeiros) e de atividades visando a objetivos bem definidos. Apresentam um caráter mais permanente que as campanhas, mas, quando geridos verticalmente, propiciam conflitos na ponta do sistema (centros de saúde, hospitais e

laboratórios) pelas dificuldades de integração com outras atividades dos serviços de saúde. Assim, existem programas de controle de tuberculose ou de saúde da criança e da mulher que muitas vezes não interagem com os programas e campanhas de imunização e com as atividades de vigilância epidemiológica (Lotufo; Miranda, 2007).

Muitos desses programas são substitutos de campanhas que se prolongaram, enquanto outros constituem respostas pontuais a certas mudanças do perfil epidemiológico. O seu vínculo institucional tem origem basicamente no Ministério da Saúde, passando por metamorfoses institucionais (Campanha de Erradicação da Malária, Departamento Nacional de Endemias Rurais, Fundação SESP Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, Fundação Nacional de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde etc.) e sendo reproduzidos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde (Santos, 1998; Antunes, 2015).

A literatura recente de 2019 a 2024 aponta que uma das grandes limitações para o fortalecimento do SUS em nível municipal está na dificuldade de articulação entre as políticas locais e o financiamento federal. A variação dos recursos financeiros disponíveis, somada à pouca autonomia dos municípios para implementar políticas adaptadas às realidades locais, evidencia um cenário de dependência e de limitações estruturais que impacta diretamente a qualidade e o alcance dos serviços de saúde. Além disso, os aspectos políticos, como interesses partidários e disputas locais, interferem na continuidade e na consistência das políticas de saúde, gerando inconstâncias na gestão e no atendimento às necessidades da população (Beltrammi; Chioro; Ademar, 2019; Pereira; Alves, 2021).

Assim, este estudo tem como objetivo identificar e analisar os principais desafios sociais e políticos enfrentados pelo modelo sanitarista na atuação dos governos municipais. A partir dessa análise, busca-se compreender os fatores que limitam a eficácia das ações municipais dentro do SUS e propor caminhos que possam aprimorar a atuação dos gestores locais. Ao investigar as complexidades do modelo sanitarista e as barreiras à sua implementação no contexto municipal, espera-se contribuir para o desenvolvimento de políticas mais alinhadas às necessidades e particularidades dos municípios, fortalecendo o SUS como um todo.

METODOLOGIA

Este estudo adotou uma abordagem de revisão sistemática da literatura, seguindo as diretrizes do Sistema GRADE e o Manual de Diretrizes para Revisões Sistemáticas. A coleta de dados foi realizada nas bases MEDLINE, Embase, CENTRAL e LILACS, considerando publicações entre 2019 e 2024. A estratégia de busca foi baseada na pergunta PICO, com foco nos desafios do modelo sanitarista em governos municipais brasileiros, utilizando estudos de (Iturri, 2013; Beltrammi; Chioro; Ademar, 2019; Pereira; Alves, 2021).

Foi elaborada a pergunta-pico utilizando-se os descritores da plataforma Prospero, considerando os aspectos estratégicos “desafios sociais e políticos”, “políticas públicas sanitárias”, contextos municipais” e “propostas de melhoria municipal”.

Onde, P: Quais os desafios sociais e políticos enfrentados pelo modelo sanitarista frente aos governos municipais? I: Adoção e implementação de políticas públicas sanitárias. C: Comparação entre diferentes contextos municipais (pequenos, médios e grandes municípios). O: Identificação dos desafios e propostas de melhoria na atuação municipal.

Foi delineado esse instrumento metodológico baseado nos estudos de Guyatt *et al*. (2008), ao estabelecer o desenvolvimento e disseminação do Sistema GRADE, incluíram-se publicações em revistas de alto impacto sobre a avaliação da evidência em saúde, corroborando com o percurso metodológico sistemático de estudos de implementação, avaliação e *overview*.

Tabela 1 - Número de artigos identificados, triados, selecionados

Títulos de Estudo	**Revisão Sistemática da Literatura**
Triagem de Títulos e Resumos	Foram encontrados **56 artigos na literatura**, e, na sequência, se realizou a triagem de títulos e resumos, reunindo os artigos filtrados pela leitura inicial dos títulos e resumos, sendo excluídos aqueles que não estavam nas bases de dados listadas ou que não abordavam diretamente o tema proposto.
Elegibilidade do Estudo	Foram lidos na íntegra **44 artigos** selecionados que, na extração de dados detalhada, se mostraram elegíveis, apresentando contextos de estudos envolvendo **(municípios, estados, países)** e resultados relacionados ao impacto e aos desafios do modelo sanitarista. Foram **excluídos 12 artigos**.
Análise de Dados	Foi estabelecida por meio de **síntese de conteúdo**, a partir da avaliabilidade da estratégia, que elaborou e contribuiu para encontrar **sínteses relevantes** para um problema e a resposta no compilado dos resultados dos artigos. Desses, **18 estudos** elaboraram as sínteses da **pergunta PICO e estão no quadro da Quadro 1.**

Fonte: Elaborado pelos Autores (2024)

O estudo foi elaborado por meio da triagem de títulos e resumos e reuniu os artigos filtrados pela leitura inicial dos títulos e resumos, sendo excluídos aqueles que não estavam nas bases de dados listadas ou que não abordavam diretamente o tema proposto.

Na sequência, dois investigadores examinaram, de forma independente, o título e o resumo de todos os itens. Os dois investigadores leram todos os itens selecionados na íntegra e acompanharam as referências para inclusão final, observando a elegibilidade dos textos selecionados, que foram lidos na íntegra para verificar sua relevância e aderência à questão de pesquisa. Posteriormente, procedeu-se à extração de dados por meio de análise detalhada dos artigos elegíveis, com foco nos métodos empregados (revisões sistemáticas, estudos de caso-controle, etc.), contexto de estudo (municípios, estados, países), e resultados relacionados ao impacto e aos desafios do modelo sanitarista.

A análise foi estabelecida por meio de síntese de conteúdo, a partir da avaliabilidade da estratégia que contribuiu para encontrar sínteses relevantes para um problema e a resposta no compilado dos resultados dos artigos. O uso do diagrama de Pareto se tornou necessário em função da descrição dos motivos da indagação “Quais são os desafios sociais e políticos enfrentados pelo modelo sanitarista frente aos governos municipais?”, além do quadro síntese com os elementos metodológicos propostos que envolveria a investigação que identificaria os principais entraves e propor caminhos para uma atuação municipal mais eficaz dentro do SUS.

RESULTADOS

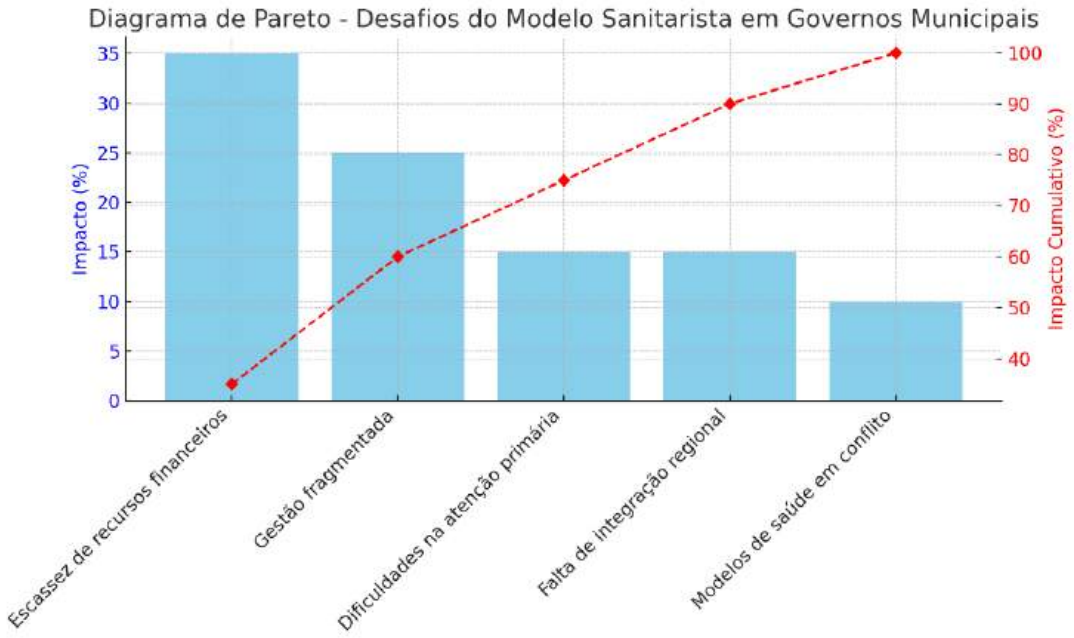
A revisão sistemática revelou que um dos principais desafios enfrentados pelos governos municipais no modelo sanitarista é a escassez de recursos financeiros e humanos. A falta de financiamento adequado e a carência de profissionais capacitados afetam diretamente a qualidade dos serviços de saúde, especialmente em municípios de pequeno porte e áreas rurais. Segundo Santos (2020), esses municípios enfrentam limitações severas na alocação de verbas e na contratação de profissionais, o que prejudica a efetivação de políticas públicas sanitárias e a garantia de acesso à saúde universal e equitativa. Após a triagem e leitura dos estudos, foram selecionados 44 artigos que atendiam aos critérios de inclusão.

Outros desafios observados foram a gestão fragmentada e a ineficácia da regionalização. Para Santos e Assis (2017), a implementação de políticas de saúde é frequentemente prejudicada pela falta de coordenação entre os diferentes níveis de governo, resultando em sobreposições e falhas na execução. Isso é particularmente problemático em regiões remotas, onde a regionalização da saúde deveria promover maior integração. No entanto, na prática, há desafios logísticos e operacionais que agravam a exclusão social e dificultam o acesso aos serviços de saúde. Além disso, Giovanella (2021) ressalta as dificuldades na atenção primária, especialmente em áreas vulneráveis, onde a falta de articulação entre os serviços de saúde e as demais políticas sociais enfraquecem o papel da atenção básica no SUS.

Por fim, Chigres (2022) argumenta que há uma coexistência de modelos de saúde conflitantes, o que gera tensões na gestão municipal e compromete a eficiência das políticas sanitaristas. A presença de diferentes abordagens e modelos de atenção dificulta a consolidação de uma estratégia coerente e unificada para a saúde pública, criando obstáculos adicionais para a gestão local. A aplicação do Diagrama de Pareto revelou que aproximadamente 80% dos desafios enfrentados pelos municípios estão relacionados a problemas estruturais e financeiros, que, se resolvidos, poderiam melhorar significativamente a eficiência do modelo sanitarista nos municípios brasileiros

O Diagrama de Pareto representa os desafios do modelo sanitarista enfrentados pelos governos municipais. A figura 1 ilustra os principais fatores que impactam a implementação do modelo sanitarista.

Figura 1 - Desafios do Modelo Sanitarista em Governos Municipais



Fonte: Próprios autores (2024)

Quadro 1 - Síntese dos principais elementos utilizados na revisão sistemática.

Autor	Título	Objetivo do Estudo	Método	Cenário	Desfechos Principais	Resultados e Conclusões
Santos (2020)	Escassez de Recursos no SUS Municipal	Analisar a carência de recursos em municípios de pequeno porte	Estudo de caso	Municípios rurais no Brasil	Escassez de recursos financeiros e humanos	Os pequenos municípios enfrentam sérias dificuldades em manter a estrutura de saúde, afetando o atendimento
Chigres (2022)	Modelos de Sistemas de Saúde: Desafios e Perspectivas	Comparar diferentes modelos de saúde adotados pelos municípios	Revisão sistemática	Municípios brasileiros de diversas regiões	Conflito entre diferentes modelos de atenção	A coexistência de múltiplos modelos aumenta a ineficiência na gestão municipal
Santos (2021)	Regionalização da Saúde em Municípios Rurais	Avaliar a regionalização da saúde em áreas remotas	Estudo comparativo	Municípios rurais remotos	Falta de integração entre municípios e regiões	A regionalização é ineficaz em áreas rurais, criando barreiras adicionais ao acesso à saúde
Giovanella (2021)	Política Nacional de Atenção Primária: Limitações	Avaliar as limitações da Atenção Primária no Brasil	Revisão integrativa	Municípios vulneráveis no Brasil	Dificuldades na integração entre os serviços de saúde e outras políticas sociais	A ausência de articulação entre as redes de saúde e sociais enfraquece a atenção primária
Silva, Cavalcante, Oliveira (2019)	Desafios de Gestão no SUS Municipal	Analisar os obstáculos de gestão enfrentados pelos municípios	Estudo qualitativo	Municípios do Sudeste	Falta de capacitação dos gestores e financiamento insuficiente	O financiamento inadequado e a baixa qualificação dos gestores são as principais barreiras à implementação eficiente do SUS
Souza e Reis (2020)	Financiamento da Saúde Municipal: Perspectivas	Explorar os desafios de financiamento na gestão municipal	Revisão sistemática	Municípios do Norte	Escassez de recursos e má distribuição de verbas	A falta de planejamento financeiro e a centralização das decisões financeiras prejudicam a autonomia dos municípios

Mendes e Oliveira (2019)	Capacitação de Profissionais de Saúde no SUS	Avaliar a capacitação dos profissionais de saúde municipais	Estudo transversal	Municípios do Centro-Oeste	Falta de treinamento e qualificação profissional	A capacitação insuficiente dos profissionais de saúde compromete a qualidade dos serviços oferecidos
Silva *et al*. (2020)	A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde	Explorar os impactos da descentralização na gestão municipal	Estudo de caso	Municípios de médio porte	Dificuldades de coordenação entre esferas governamentais	A descentralização incompleta gera fragmentação na gestão e aumenta os desafios operacionais nos municípios
Costa e Almeida (2021)	Governança Municipal e Eficiência no SUS	Avaliar os mecanismos de governança em municípios de pequeno porte	Estudo comparativo	Municípios rurais e urbanos	Falta de instrumentos de governança eficiente	A ausência de ferramentas de gestão e controle prejudica a eficiência da governança nos municípios
Pereira *et al.* (2021)	Desafios de Infraestrutura no SUS Municipal	Analisar os desafios de infraestrutura em municípios do Norte	Estudo qualitativo	Municípios da Região Norte	Infraestrutura precária e falta de equipamentos	Municípios enfrentam barreiras significativas relacionadas à infraestrutura, especialmente em áreas rurais
Lima e Araújo (2022)	O Papel do Município na Política de Saúde	Avaliar a função dos municípios na implementação da política de saúde	Revisão integrativa	Municípios brasileiros	Falta de coordenação intergovernamental	A fraca coordenação entre as esferas federal, estadual e municipal compromete a eficácia das políticas de saúde
Amaral *et al.* (2020)	Integração dos Serviços de Saúde no Âmbito Municipal	Avaliar a integração dos serviços de saúde em municípios de grande porte	Estudo transversal	Municípios do Sul	Falta de integração entre atenção primária e especializada	A integração inadequada entre os níveis de atenção prejudica o acesso e a continuidade dos cuidados
Barros e Silva (2019)	Planejamento e Gestão em Saúde Municipal	Analisar as práticas de planejamento na gestão municipal	Estudo qualitativo	Municípios do Nordeste	Falta de planejamento estratégico e visão de longo prazo	O planejamento municipal é falho, com pouco foco em sustentabilidade e eficiência das políticas de saúde

Linhares, Santos, Santos (2024)	Desafios e oportunidades da governança em saúde: um estudo de caso em um município de pequeno porte	Explorar a governança em consórcios intermunicipais de saúde	Estudo de caso	Municípios consorciados	Dificuldades na articulação e gestão compartilhada	Os consórcios enfrentam desafios de governança, com falta de clareza nas responsabilidades compartilhadas
Ferreira e Santos (2021)	Gestão de Recursos Humanos no SUS Municipal	Avaliar a gestão de recursos humanos na saúde pública municipal	Estudo transversal	Municípios do Sudeste	Falta de gestão eficaz de recursos humanos	A má gestão de recursos humanos contribui para a alta rotatividade de profissionais e a precarização dos serviços de saúde
Batista e Souza (2021)	Políticas de Saúde e Vulnerabilidade Social	Analisar a relação entre políticas de saúde e vulnerabilidade social	Estudo de caso	Municípios periféricos	Dificuldade de adaptação das políticas de saúde às realidades locais	As políticas de saúde falham em abordar as especificidades das comunidades vulneráveis, resultando em baixa cobertura e efetividade
Oliveira e Costa (2019)	Estratégias de Atenção Básica em Municípios do Sul	Avaliar as estratégias de atenção básica em pequenos municípios	Estudo qualitativo	Municípios do Sul	Falta de infraestrutura e baixa cobertura de programas de saúde básica	A atenção básica não é eficiente em pequenos municípios, agravando as disparidades regionais na saúde
Rocha e Silva (2022)	Tecnologias na Gestão da Saúde Municipal	Avaliar o uso de tecnologias na gestão da saúde em municípios	Estudo comparativo	Municípios de médio porte	Falta de investimento em tecnologia e inovação	A ausência de tecnologia eficiente dificulta a gestão e a prestação de serviços de saúde municipais

Fonte: Próprios autores (2024)

DISCUSSÃO

Os desafios enfrentados pelo modelo sanitarista no Brasil são complexos e multifacetados, refletindo uma combinação de fatores que impactam diretamente a eficácia das políticas de saúde pública. O presente estudo revelou que 35% do impacto total decorre da escassez de recursos financeiros, 25% estão relacionados à gestão fragmentada, 15% resultam de dificuldades na atenção primária, 15% devem-se à falta de integração regional e 10% referem-se a conflitos entre modelos de saúde.

A escassez de recursos financeiros é um dos principais obstáculos à implementação eficaz do modelo sanitarista. Com um financiamento insuficiente, os governos municipais enfrentam dificuldades para oferecer serviços adequados e garantir a qualidade do atendimento à população. Essa limitação orçamentária torna-se ainda mais crítica em um contexto em que as demandas por serviços de saúde aumentam constantemente, exacerbadas por crises econômicas e sociais (Vieira, 2020).

A gestão fragmentada representa outro desafio significativo, correspondendo a 25% do impacto observado. A falta de articulação entre diferentes níveis de governo e setores da sociedade resulta em políticas públicas desconexas e ineficazes. Essa fragmentação dificulta a implementação de estratégias integradas que poderiam otimizar o uso dos recursos disponíveis e melhorar a coordenação dos serviços de saúde (Beltrammi; Chioro; Ademar, 2019).

As dificuldades na atenção primária, que representam 15% do impacto total, refletem problemas estruturais e operacionais que comprometem o acesso e a qualidade dos serviços. A atenção primária é fundamental para a prevenção e o tratamento precoce de doenças, mas enfrenta desafios como a falta de profissionais qualificados, infraestrutura inadequada e resistência da população em buscar esses serviços (Pimentel *et al*., 2023).

A falta de integração regional também é um fator crítico, contribuindo com 15% para os desafios do modelo sanitarista. A ausência de colaboração entre municípios vizinhos impede a criação de redes de atenção à saúde que poderiam facilitar o acesso e melhorar a continuidade do cuidado. A regionalização é uma estratégia importante para otimizar recursos e garantir que as necessidades locais sejam atendidas de forma mais eficaz (Kianzad, 2024).

Os conflitos entre diferentes modelos de saúde, que representam 10% do impacto total, refletem as tensões entre abordagens tradicionais e inovadoras na gestão da saúde pública. Esses conflitos podem levar a uma falta de consenso sobre as melhores práticas e estratégias a serem adotadas, dificultando a implementação de políticas coerentes e eficazes (Gomes; Orfão, 2021).

Posteriormente, ao analisarmos o quadro apresentado, evidencia-se que a escassez de recursos financeiros e humanos é uma questão crítica que limita a capacidade dos municípios em implementar serviços de saúde de qualidade. Essa falta de investimento é especialmente pronunciada em áreas rurais e em municípios menores, onde a dependência de transferências federais e estaduais muitas vezes resulta em uma insuficiência crônica de recursos (Barros; Silva, 2019; Chigres, 2022).

A gestão fragmentada e a falta de coordenação entre diferentes níveis de governo agravam ainda mais essa situação, levando à ineficiência na entrega dos serviços e na implementação de políticas de saúde que poderiam beneficiar a população (Carvalho; Lima, 2020; Costa; Costa; Carneiro-Leão, 2021).

Adicionalmente, a coexistência de diferentes modelos de atenção à saúde dentro da gestão municipal pode criar tensões que dificultam a efetividade das ações sanitaristas. Essa diversidade de abordagens, se não for bem integrada, pode gerar confusão e resistência tanto entre os profissionais de saúde quanto entre os usuários dos serviços (Baptista; Mattos, 2015).

A necessidade de integrar diferentes serviços de saúde e promover uma abordagem mais holística na atenção à saúde é um desafio persistente. A estratégia de Saúde da Família, por exemplo, busca essa integração, mas enfrenta dificuldades na sua implementação prática, especialmente em áreas mais vulneráveis (Guizard, 2017).

Embora haja avanços na participação da comunidade por meio de conselhos e conferências de saúde, a efetiva participação popular na gestão do SUS ainda é limitada, resultando em uma desconexão entre as necessidades da população e as políticas implementadas e dificultando a promoção da saúde de maneira integral e equitativa (Gomes; Orfão, 2021).

As trocas frequentes de governo e a falta de continuidade nas políticas públicas dificultam a implementação de estratégias de longo prazo. A instabilidade política pode levar a uma descontinuidade nas ações de saúde, prejudicando a eficácia dos programas. Além disso, a necessidade de articulação entre diferentes interesses políticos e a pressão da mídia sobre os gestores públicos complicam ainda mais a situação. A crise fiscal e a austeridade têm impactado negativamente a capacidade dos municípios de implementar e sustentar políticas de saúde eficazes. A falta de recursos financeiros compromete a continuidade das ações e a qualidade dos serviços prestados (Arantes; Vargas; Cunha, 2017).

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) exige uma forte coordenação entre os diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal). A falta de articulação entre esses níveis tem sido um obstáculo significativo, resultando em desorganização na prestação de serviços. Por exemplo, a ausência de uma fila única para a ocupação de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e a resistência de secretários municipais em seguir diretrizes federais controversas demonstram a descoordenação existente (Silva; Cavalcante; Oliveira, 2019).

Os governos municipais enfrentam uma série de desafios na implementação do modelo sanitarista, que incluem a falta de coordenação entre os níveis de governo, problemas de financiamento, instabilidade política e a necessidade de uma maior participação comunitária.

CONCLUSÃO

Este estudo revelou que, apesar da relevância do modelo sanitarista para a saúde pública no Brasil, sua implementação enfrenta desafios significativos no âmbito municipal. A falta de coordenação

administrativa, os recursos financeiros limitados e a desigualdade no acesso à saúde são barreiras críticas que precisam ser superadas para que o modelo atinja seu potencial pleno. A revisão sugere que uma maior integração entre os níveis de governo, aliada a uma regionalização mais eficaz, pode melhorar a eficácia do modelo sanitarista. Além disso, a capacitação contínua dos profissionais de saúde é fundamental para garantir a qualidade dos serviços prestados.

Os desafios sociais e políticos enfrentados pelo modelo sanitarista nos governos municipais são complexos e interligados. A escassez de recursos financeiros e humanos é um dos principais obstáculos, especialmente em municípios de menor porte e áreas rurais, onde a falta de investimento compromete a efetividade dos serviços de saúde. Além disso, a fragmentação da gestão e a ineficácia na regionalização dificultam a implementação de políticas integradas, resultando em uma coordenação deficiente entre diferentes níveis de governo. Essa situação se agrava na atenção primária, onde a falta de integração entre serviços e a articulação com outras políticas sociais prejudicam o atendimento à população.

Outro aspecto importante é a coexistência de diferentes modelos de atenção à saúde, que gera tensões e conflitos na gestão municipal. Essa diversidade de abordagens pode tornar a implementação das políticas sanitaristas menos eficiente. O diagrama de Pareto revela que a maioria dos desafios enfrentados se origina de problemas estruturais e financeiros, indicando que a resolução dessas questões é essencial para fortalecer o modelo sanitarista. Para que o sistema de saúde seja eficaz, é fundamental que os governos municipais desenvolvam um planejamento estratégico que considere a realidade local e promova uma colaboração efetiva entre os diversos atores envolvidos na saúde pública.

Por essa égide estrutural apresentada se faz persistente a necessária elaboração de estudos empíricos com abordagem mais pesquisador-participante para que avalie as dimensões sociais, econômicas e políticas tanto das cidades quanto dos atores sociais, na busca de entender como esses modelos se estabeleceram a partir de indicadores em saúde.

REFERÊNCIAS

AMARAL, R. M. *et al.* Integração dos Serviços de Saúde no Âmbito Municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 37, n. 5, e0004567, 2020.

ARANTES, A.; VARGAS, J.; CUNHA, M. A participação comunitária no Sistema Único de Saúde: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v. 22, n. 4, p. 123-134, 2017.

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A**. Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

BARROS, C. L.; SILVA, E. J. Planejamento e Gestão em Saúde Municipal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 45, n. 2, p. 145-158, 2019.

BATISTA, M. G.; SOUZA, P. R. Políticas de Saúde e Vulnerabilidade Social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 38, n. 2, e0002346, 2021.

BELTRAMMI, D. G. M.; CHIORO, R.; ADEMAR, A. Sistemas universais - A fragmentação dos sistemas universais de saúde e os hospitais como seus agentes e produtos. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 43, p. 94-103, 2019.

BRASIL. **Dengue instruções para pessoal de combate ao vetor:** manual de normas técnicas. 3. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

CHIGRES, R. Modelos de Sistemas de Saúde: Desafios e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, RJ, v. 38, n. 5, e0001234, 2022.

COSTA, J. S.; CARNEIRO-LEÃO, A. M. dos A. Campanhas sanitárias como instrumentos da educação em saúde no Brasil: algumas reflexões para uma educação popular em saúde. **Revista Sustinere**, [*s. l.*], v. 9, p. 333–351, 2021.

COSTA, L. L.; ALMEIDA, R. F. Governança Municipal e Eficiência no SUS. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 56, n. 2, p. 97-112, 2021.

COSTA, A. L. *et al*. Historical development and evolution of epidemiological surveillance and control of yellow fever in Brazil. ***Rev Pan-Amaz Saude***, Ananindeua, Pará, v. 2, n. 1, p. 11-26, 2011. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2176-62232011000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 dez. 2024.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. *In:* GIOVANELLA, L. (ed.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 279- 321. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9788575413494.0013. Acesso em: 05 nov. 2024.

FERNANDES, T. M. D.; CHAGAS, D. C.; SOUZA, É. M. Varíola e vacina no Brasil no século XX: institucionalização da educação sanitária. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 2, p. 479–789, fev. 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000200011. Acesso em: 15 out. 2024.

FERREIRA, L. F.; SANTOS, J. P. Gestão de Recursos Humanos no SUS Municipal. **Revista de Administração Pública**, [*s. l.*], v. 52, n. 4, p. 345-360, 2021.

FIELDING, J. E. Public health in the twentieth century: Advances and challenges. **Annual Review Public Health**, [*s. l.*], v. 20, 1999.

GIOVANELLA, L. Política Nacional de Atenção Primária: Limitações. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 56-67, 2021.

GOMES, J. F. de F.; ORFÃO, N. H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 45, n. 131, p. 1199-1213, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202113118. Acesso: 23 nov. 2024.

GUYATT, G. H. *et al.* GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. **BMJ**, [*s. l.*], p. 924-926, 24 abr. 2008. Disponível em: https://www.bmj.com/content/336/7650/924.full. Acesso em: 05 out. 2024.

ITURRI, J. A. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 18, n. 10, p. 3101–3103, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/hCvhwCQcz5vBMF8gKFxCwKK/?lang=pt. Acesso em: 28 jun. 2024.

KIANZAD, B. Beyond Justice Versus Efficiency: Reconciling Law and Economics Approaches to Fairness. *In*: MATHIS, K.; TOR, A. (ed.) **Economic Analysis of Law in European Legal Scholarship**. Cham: Springer, may, 2024. p. 91–130. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-031-56822-0_6. Acesso em: 08 jul. 2024.

LIMA, G. R.; ARAÚJO, M. P. O Papel do Município na Política de Saúde. **Revista Brasileira de Administração Pública**, [*s. l.*], v. 54, n. 5, p. 667-680, 2022.

LINHARES, J. E.; SANTOS, G. D.; SANTOS, M. J. Desafios e oportunidades da governança em saúde: um estudo de caso em um município de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, RJ, v. 45, fev. 2024. Disponível em: http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desafios-e-oportunidades-da-governanca-em-saude-um-estudo-de-caso-em-um-municipio-de-pequeno-porte/19093?id=19093. Acesso em: 23 nov. 2024.

LOTUFO, M.; MIRANDA, A. S. de. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde. **Revista de Administração Pública**, [*s. l.*], v. 41, n. 6, p. 1143–1163, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-76122007000600007. Acesso em: 10 nov. 2024.

MENDES, P. A.; OLIVEIRA, F. R. Capacitação de Profissionais de Saúde no SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 44, n. 3, p. 445-460, 2019.

NASCIMENTO, E. R. do. As campanhas de vacinação contra a poliomielite no Brasil (1960-1990). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 501-511, 2011.

OLIVEIRA, T. R.; COSTA, R. S. Estratégias de Atenção Básica em Municípios do Sul. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 55, n. 4, p. 450-465, 2019.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp., p. 73-78, 2006.

PAIM, J. A. Modelos de atenção e vigilância da saúde. *In:* ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, F. N. **Epidemiolgia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586

PEREIRA, A. S.; ALVES, R. T. Desafios de Infraestrutura no SUS Municipal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 350-365, 2021.

PIMENTEL, F. G. *et al.* Realising the future: Health challenges and achievements in Brazil. **SSM - Mental Health**, [*s. l.*], v. 4, p. 1-12, 15 dez. 2023. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666560323000658. Acesso em: 10 out. 2024.

ROCHA, J. A.; SILVA, M. R. Tecnologias na Gestão da Saúde Municipal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 46, n. 1, p. 12-25, 2022.

SANTOS, A. M. dos; ASSIS, M. M. A. Processo de regionalização da saúde na Bahia: aspectos políticos-institucionais e modelagem dos territórios sanitários. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, [*s. l.*], v. 13, n. 2, 2017. Disponível em: https://www.rbgdr.net/revista/index.php/rbgdr/article/view/3002. Acesso em: 16 dez. 2024.

SANTOS, A. M. Escassez de Recursos no SUS Municipal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 4, p. 123-135, 2020.

SANTOS, A. M. dos. Regionalização da Saúde em Municípios Rurais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 45, n. 1, p. 34-50, 2021.

SANTOS, L. A. C. As Origens da Reforma Sanitária e da Modernização Conservadora na Bahia durante a Primeira República. **Dados**, [*s. l.*], v. 41, n. 3, p. 293–633, 1998. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0011-52581998000300004. Acesso em: 10 de setembro de 2024.

SILVA, J. F.; CAVALCANTE, A. L.; OLIVEIRA, T. M. Desafios de Gestão no SUS Municipal. **Revista de Administração Pública**, [*s. l.*], v. 53, n. 2, p. 285-305, 2019.

SILVA, R. C. F. *et al*. A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300331. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300331. Acesso em: 18 dez. 2024.

SOUZA, C. R.; REIS, R. B. Financiamento da Saúde Municipal: Perspectivas. **Revista de Política e Administração da Saúde**, [*s. l.*], v. 15, n. 3, p. 215-230, 2020.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. *In:* TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989.

VIEIRA, F. S. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 54, n. 127, p. 1-12, 2020.

ZARA, A. L. *et al.* Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. **Epidemiologia E Serviços De Saúde**, Brasília, DF, v, *25,* n. 2, p. 391–404, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000200017. Acesso em: 14 set. 2024.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 11/10/2024

ACEITO: 10/12/2024

TRANSMISSÃO DE ESPOROTRICOSE NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL, BRASIL: ADOTANDO UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE ÚNICA

SPOROTRICHOSIS TRANSMISSION IN MATO GROSSO DO SUL STATE, BRAZIL: EMBRACING A ONE HEALTH APPROACH

Cynthia Mantovani[1], Claudia Granja Macedo Mota Ferreira[2], Kelly Cristina da Silva Godoy[3], Andrew Vitório Nóbrega Marques[4], Ingrid Batista Pinto[5], Cristina Pires de Araujo[6]

RESUMO

Introdução: A esporotricose, causada principalmente por *Sporothrix brasiliensis*, é uma micose zoonótica subcutânea predominante no Brasil, com transmissão entre gatos e humanos, sendo os felinos os principais vetores. **Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de manejo de um caso de esporotricose envolvendo uma criança e um gato, sob a perspectiva da Saúde Única, em Campo Grande, MS. **Apresentação da experiência profissional:** A experiência começou com o diagnóstico de esporotricose em uma criança após contato com um gato com lesões cutâneas típicas. A investigação realizada pela Coordenadoria de Controle de Zoonoses (CCZ) incluiu a coleta de amostras biológicas do gato e a confirmação do diagnóstico por PCR. A análise molecular identificou a presença de *S. brasiliensis* no animal. Durante o acompanhamento, o comportamento agressivo do gato dificultou o tratamento, levando à decisão de eutanásia, a fim de evitar a propagação da doença. **Discussão:** A abordagem de Saúde Única, que integra as ações de saúde humana, animal e ambiental, foi fundamental no controle da transmissão da esporotricose. **Considerações finais:** Este caso reforça a importância da colaboração entre profissionais de saúde humana e veterinária e da educação comunitária na prevenção de doenças zoonóticas, destacando a eficácia dessa estratégia no controle da esporotricose.

Palavras-chave: Transmissão zoonótica. Gato. Saúde Única.

ABSTRACT

Introduction: Sporotrichosis, primarily caused by *Sporothrix brasiliensis*, is a subcutaneous zoonotic fungal infection prevalent in Brazil, with transmission occurring between cats and humans, where felines are the main vectors. **Objectives:** This study aims to report the experience in managing a case of sporotrichosis involving a child and a cat, from the perspective of One Health, in Campo Grande, MS. **Presentation of Professional Experience:** The experience began with the diagnosis of sporotrichosis in a child following contact with a cat exhibiting typical skin lesions. The investigation carried out by the Zoonoses Control Coordination (CCZ) included the collection of biological samples from the cat and the confirmation of the diagnosis through PCR. Molecular analysis identified the presence of *S. brasiliensis* in the animal. During follow-up, the cat's aggressive behavior hindered treatment, leading to the decision to euthanize the animal to prevent the spread of the disease. **Discussion:** The One Health approach, which integrates human, animal, and environmental health actions, was essential in controlling the transmission of sporotrichosis. **Conclusions:** This case reinforces the importance of collaboration between human and veterinary health professionals and community education in the prevention of zoonotic diseases, highlighting the effectiveness of this strategy in controlling sporotrichosis.

Keywords: Zoonotic transmission. Cat. One Health.

[1] Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0002-9309-4717. E-mail: cymant@hotmail.com
[2] Coordenadoria de Controle de Zoonoses. Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0009-0001-1595-5286. E-mail: claumedvet@gmail.com
[3] Coordenadoria de Controle de Zoonoses. Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0001-5016-6330. E-mail: k.c.s.godoy@gmail.com
[4] Coordenadoria de Controle de Zoonoses, Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 009 4777 8032. E-mail: andrewvitorio2015@gmail.com
[5] Universidade Federal de Mato Grosso do Sul Campo Grande, MS, Brasil, ORCID: 0000-0003-1017-2482 E-mail: ingridbatistabiotec@gmail.com
[6] Coordenadoria de Controle de Zoonoses, Campo Grande, MS, Brasil, ORCID: 0009-0005-6351-3799, E-mail: tinaraujo2@hotmail.com

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.

INTRODUÇÃO

A esporotricose, uma micose zoonótica subcutânea predominante no Brasil, é principalmente causada pelo *Sporothrix brasiliensis* (Andrade *et al.,* 2022). A transmissão ocorre nas vias enzoóticas (de gato para gato, de gato para cachorro) e zoonóticas (de gato para humano), podendo ocorrer por meio de mordidas, arranhões, contato com exsudatos de lesões cutâneas e por meio de gotículas respiratórias emitidas durante espirros (Miranda *et al*., 2018).

Em felinos, as manifestações clínicas podem se apresentar como lesões ulcerativas solitárias ou múltiplas na pele, frequentemente acompanhadas de linfonodos aumentados e sintomas respiratórios, como espirros. Geralmente, os gatos desenvolvem uma forma disseminada da doença, caracterizada por múltiplas lesões cutâneas e envolvimento mucoso, especialmente na mucosa nasal (Prado *et al*., 2023). Nos humanos, as manifestações clínicas incluem linfangite nodular, lesões cutâneas localizadas, envolvimento pulmonar (raro) e formas disseminadas (excepcionais) (Galván-Hernández *et al*., 2023).

De uma perspectiva global, a América Latina é um dos principais focos de esporotricose em humanos e felinos. Casos humanos foram relatados em diversos países, com transmissão endêmica ocorrendo na Argentina, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Guatemala, México, Paraguai, Peru e Uruguai (Ramírez Soto, 2017; Prado *et al*., 2023; Fernandez *et al*., 2024; Santos *et al*., 2024).

Esta enfermidade tem sido frequentemente relatada como uma preocupação significativa de saúde pública no Brasil, já tendo sido descrita em diversos estados do país, tais como São Paulo (Marques *et al.,* 1993), Rio de Janeiro (Barros *et al*., 2001), Espírito Santo (Oliveira *et al*., 2013), Goiás (Falcão *et al*., 2019), Minas Gerais (Andrade *et al.,* 2022), Rio Grande do Norte (Alves *et al*., 2020), Pernambuco (Spinelli *et al*., 2021); e Mato Grosso do Sul (Mathias *et al*., 2024).

As lesões cutâneas na esporotricose felina frequentemente exibem uma carga fúngica significativa, ressaltando o papel crucial dos gatos na transmissão da infecção (Gremião *et al.,* 2020).

De acordo com revisões da Cochrane Library, LILACS, SciELO, MEDLINE, PubMed e PubMed Central, há poucos relatos de isolamento de *S. brasiliensis* no Estado de Mato Grosso do Sul (Lecca *et al*., 2020; Mathias *et al*., 2024; Santos *et al*., 2024a; Santos *et al*., 2024b). No entanto, até o momento, não foram relatados casos de transmissão zoonótica entre gatos e humanos.

Neste contexto, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de manejo de um caso de transmissão de esporotricose em uma residência compartilhada por gatos e humanos, sob a perspectiva da Saúde Única, como parte das atividades da Coordenadoria de Controle de Zoonoses do município de Campo Grande, MS.

Segundo o conceito da Organização Mundial da Saúde, Saúde Única é uma abordagem integrada e unificadora que visa equilibrar e otimizar, de forma sustentável, a saúde de pessoas, animais e ecossistemas.

Essa abordagem reúne partes interessadas de diversos setores, disciplinas acadêmicas e práticas profissionais (Sullivan *et al*., 2023).

Essa perspectiva é fundamental no controle da esporotricose, pois permite identificar e intervir nas interações complexas que favorecem a transmissão de *S. brasiliensis*. Ela destaca a importância do manejo responsável dos animais e da educação comunitária sobre a doença. A prevenção eficaz vai além do tratamento dos felinos afetados, abrangendo práticas de manejo sanitário e a conscientização sobre essa zoonose, o que contribui para a redução da incidência de esporotricose e para a promoção de um ambiente mais saudável para todos. Dessa forma, a Saúde Única se revela uma ferramenta poderosa no enfrentamento dessa micose, ao reconhecer que a saúde humana, animal e dos ecossistemas está interligada.

APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A Coordenadoria de Controle de Zoonoses (CCZ) de Campo Grande, MS, acompanhou um possível caso de transmissão zoonótica de esporotricose no âmbito do sistema de vigilância em saúde. O caso foi encaminhado à CCZ por meio de uma ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), enviada pela Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica.

Dentro de uma família, dois indivíduos apresentaram lesões de pele. Enquanto o adulto demonstrou desinteresse em buscar atendimento médico, a criança foi avaliada pelo Sistema Único de Saúde. Durante a anamnese, o médico foi informado sobre o contato da criança com um felino que apresentava lesões cutâneas. O diagnóstico de esporotricose na criança foi confirmado com base nas características da lesão (Figura 1) e na associação epidemiológica com o gato.

Após uma avaliação clínica e epidemiológica detalhada, o médico da unidade de saúde prescreveu itraconazol oral (12 mg/dia) por um período de 4 meses. Após um mês de tratamento, observou-se uma melhora significativa das lesões, conforme ilustrado na Figura 1B.

Figura 1 - Casos de esporotricose em uma criança e um gato de Campo Grande, MS, Brasil
A) Apresentação inicial da lesão na criança antes do tratamento. B) Melhora significativa na lesão da criança após 1 mês de intervenção. C) Descrição de uma lesão ulcerada, úmida e crostosa de esporotricose no gato.



A B C

Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

Durante a visita domiciliar pela equipe da CCZ, o proprietário do gato apresentou um macho adulto com 2 kg de peso, pelagem cinza e raça indeterminada, que compartilhava o espaço com outros gatos e cães e tinha liberdade para circular ao ar livre. O proprietário relatou também que a família alimentava animais de rua próximos à residência. Durante o exame clínico, o gato apresentava uma lesão ulcerada, úmida e crostosa (Figura 1C), com aproximadamente 5 cm. Notavelmente, a lesão sangrava facilmente após trauma. Condições gerais de saúde subótimas foram observadas nos animais, com episódios frequentes de espirros. As informações foram registradas em formulário *Research Electronic Data Capture* (RedCAP).

Após a administração de anestesia local, foi realizada uma biópsia de um fragmento de aproximadamente 1 cm na interface entre a lesão e o tecido saudável circundante. O *kit* PureLink Genomic DNA foi utilizado para extrair o DNA da amostra de biópsia animal, seguindo as instruções do fabricante (Invitrogen, EUA). A qualidade e concentração do DNA foram avaliadas usando um dispositivo NanoDrop (Thermo Fisher, EUA).

No laboratório da Codex Gen, a PCR foi realizada visando o gene da calmodulina de *Sporothrix* spp., utilizando os iniciadores Spo-F: 5'-CATTGACTTCCCTGGTAYGTTTGA-3' e Spo-R: 5'-CARGAACTCTGTGGAYGGTTAGC-3'. A amplificação foi realizada em um termociclador MJ (Bio-Rad, Hercules, CA, EUA), utilizando 10 µL de *master mix* GoTaq 2× (Promega, EUA), 5 pmol de cada iniciador e 200 ng de DNA. O programa de amplificação consistiu em uma desnaturação inicial a 95 °C por 5 minutos, seguida por 35 ciclos de desnaturação a 95 °C por 1 minuto, anelamento a 60 °C por 1 minuto, extensão a 72 °C por 1 minuto, e uma extensão final a 72 °C por 10 minutos. Controles positivos (DNA de um caso clínico confirmado por PCR) e controles negativos (água no lugar de DNA) foram incluídos.

Os produtos de PCR foram purificados usando exonuclease I e fosfatase alcalina de camarão. Reações de sequenciamento foram conduzidas em duplicatas utilizando o método de terminação da cadeia com dideoxinucleotídeos marcados com fluorocromo. O kit BigDye®Terminator v3.1 da Applied Biosystems foi utilizado, seguindo as condições especificadas pelo fabricante. As reações foram purificadas adicionalmente com EDTA e etanol antes do sequenciamento. A eletroforese de sequência foi realizada usando um instrumento ABI 3130XL (Applied Biosystems, EUA).

As sequências resultantes da eletroforese capilar foram exportadas em formato ABI e analisadas usando o software SeqScape® v2.1 (Applied Biosystems, EUA). A sequência consenso foi submetida a uma busca de homologia usando BLASTn (https://blast.ncbi.nlm.nih.gov/Blast.cgi).

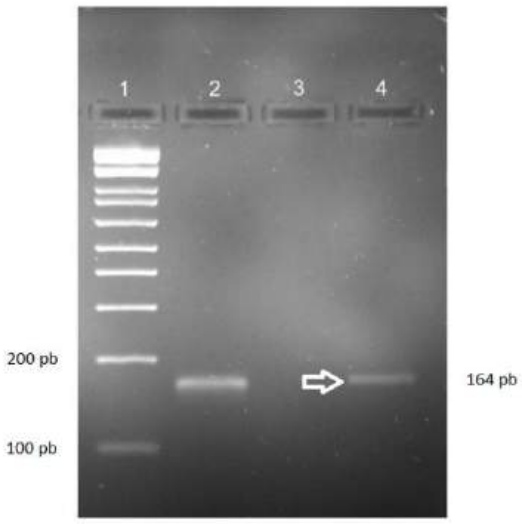
DISCUSSÃO

A amplificação por PCR produziu com sucesso o *amplicon* esperado de 164 pb (Figura 2). O sequenciamento subsequente do *amplicon*, seguido por BLAST, revelou uma identidade com o gene da

calmodulina do isolado de *S. brasiliensis* 50639-1, cds parcial" (Acesso OQ865528.1). Esta comparação demonstrou 99,08% de identidade e um valor de e de 2e-45.

Figura 2 - PCR direcionado ao gene da calmodulina de *Sporothrix* spp

1) Marcador de DNA 2) Controle positivo 3) Controle negativo 4) Amostra do gato



Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Em resposta ao comportamento agressivo do gato, os proprietários decidiram não tratar o animal e solicitaram intervenção da CCZ para proceder com a eutanásia. A eutanásia foi realizada foi realizada de acordo com o Guia Brasileiro de Boas Práticas para Eutanásia em Animais, do Conselho Federal de Medicina Veterinária, utilizando tiopental em dose três vezes superior à recomendada para anestesia, e cloreto de potássio, via endovenosa.

Neste estudo, uma criança com lesão indicativa de esporotricose recebeu atendimento médico de um profissional do Sistema Único de Saúde. O diagnóstico baseou-se tanto nas características visuais da lesão quanto na história epidemiológica, que revelou contato com um gato manifestando sintomas da doença.

A rota exata de transmissão da infecção para as crianças não pôde ser conclusivamente determinada neste estudo. Apesar de o gato apresentar episódios de espirros, um cenário mais plausível foi o de que o gato arranhou a criança, considerando o relato da mãe de que a criança brincava com o animal.

Utilizando a estratégia de Saúde Única, a notificação do caso envolvendo a criança levou a CCZ a iniciar uma investigação nos animais domésticos. Esta investigação confirmou, finalmente, a infecção por *S. brasiliensis* em um gato com uma lesão craniana, utilizando técnicas de PCR e sequenciamento de *amplicons*, com DNA extraído de uma biópsia da lesão.

O gato investigado neste estudo não era castrado e tinha acesso irrestrito às ruas. Pesquisas indicam uma probabilidade três vezes maior de diagnóstico positivo de esporotricose em gatos com acesso externo (Rossow *et al*., 2020).

O proprietário do gato relatou comportamento agressivo de animal de estimação, representando um obstáculo no processo de tratamento, especialmente na administração de medicamentos, aspecto crucial para lidar com a duração prolongada do tratamento da esporotricose. Em casos em que um gato mostra resistência ao tratamento da esporotricose, a eutanásia é considerada uma medida para conter a disseminação contínua de *Sporothrix* dentro da população felina ou no ambiente circundante (Santiso *et al*., 2023).

A importância da comunicação eficaz entre profissionais de saúde humana e animal não pode ser subestimada, pois é vital para esclarecer possíveis vínculos epidemiológicos e promover iniciativas de saúde unificadas voltadas para a prevenção e controle desta doença zoonótica.

No contexto de Saúde Única, os veterinários desempenham um papel crucial no combate à disseminação da esporotricose nas populações felinas e na exploração de potenciais espécies hospedeiras. Suas responsabilidades incluem o tratamento de animais infectados, educação dos proprietários sobre o risco de exposição zoonótica e defesa de práticas adequadas de manejo e mitigação para reduzir a disseminação de *Sporothrix*. Ao interagir com clientes e discutir o tratamento da esporotricose felina, os veterinários devem enfatizar os desafios envolvidos, como a necessidade de adesão a longo prazo aos regimes antifúngicos, o potencial de reações adversas aos medicamentos e a importância de manter os gatos infectados dentro de casa para evitar a propagação fúngica durante o tratamento (Zhang *et al*., 2019).

Além disso, quando o tratamento se mostra ineficaz, os veterinários devem abordar questões sensíveis como a eutanásia e a cremação. Isso é crucial para evitar a liberação de gatos infectados ou o enterro de seus restos, pois essas ações podem contribuir para a perpetuação natural do fungo (Zhang *et al*., 2019).

Simultaneamente, os médicos devem manter vigilância para casos humanos de esporotricose, solicitar proativamente diagnósticos apropriados para diagnosticar rapidamente a esporotricose e garantir o início imediato da terapia antifúngica. Esforços colaborativos entre médicos e veterinários são essenciais para investigar surtos zoonóticos suspeitos, desenvolver e aprimorar sistemas de vigilância para esporotricose humana e felina, e conduzir pesquisas sobre a estratégia de Saúde Única para o controle da esporotricose cutânea (Santiso *et al*., 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo destaca o potencial de transmissão intradomiciliar da esporotricose entre gatos e humanos. Dado que os gatos têm acesso às ruas, é imperativo implementar estratégias para mitigar a doença e prevenir sua transmissão dentro das famílias. Além disso, o sucesso da abordagem de Saúde Única é demonstrado neste estudo, onde o relato de um caso humano de esporotricose no sistema de saúde

integrado da prefeitura de Campo Grande desencadeou uma ação imediata da assistência veterinária coordenada pela equipe de controle de zoonoses.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. M. *et al.* Fatal pulmonary sporotrichosis caused by *Sporothrix brasiliensis* in Northeast Brazil. **PLoS Negl. Trop. Dis**., San Francisco, v. 14, n. 5, e0008141, 2020.

ANDRADE, E. H. P. *et al.* Household outbreak of sporotrichosis: towards the One Health approach. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.,** Rio de Janeiro, RJ, v. 55, e0021, 2022.

BARROS, M. B. L. *et al.* Sporotrichosis: an emergent zoonosis in Rio de Janeiro. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, RJ, v. 96, n. 6, p. 777-779, 2001.

FALCÃO, E. M. M. *et al.* Hospitalizações e óbitos relacionados à esporotricose no Brasil (1992-2015). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 35, n. 4, e00109218, 2019.

FERNANDEZ, N. B. *et al.* Genotyping and clonal origin of *Sporothrix brasiliensis* in human sporotrichosis cases in Argentina. **Med. Mycol. Case Rep**., Amsterdam, v. 43, p.100633, 2024.

GALVÁN-HERNÁNDEZ, A. K. *et al.* Differential Recognition of Clinically Relevant *Sporothrix* Species by Human Granulocytes. **J. Fungi**, Basel, v. 9, n. 10, p. 986, 2023.

GREMIÃO, I. D. F. *et al.* Geographic Expansion of Sporotrichosis, Brazil. **Emerg. Infect. Dis**., Atlanta, v. 26, n. 3, p. 621-624, 2020.
LECCA, L. O. *et al.* Associated factors and spatial patterns of the epidemic sporotrichosis in a high density human populated area: A cross-sectional study from 2016 to 2018. **Prev. Vet. Med.**, Amsterdam, v. 176, 2020.

MARQUES, S. A. *et al.* Esporotricose do gato doméstico (*Felis catus*): transmissão humana. **Ver. Inst. Med. Trop.**, São Paulo, SP, v. 35, n. 4, p. 327-330, 1993.

MATHIAS, L. D. S. F. R. *et al.* First detection of feline sporotrichosis (*Sporothrix brasiliensis*) at the zoonoses control service in Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil. **Braz. J. Microbiol.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 55, n. 3, p. 2907-2914, 2024.

MIRANDA, L. H. M. *et al.* Monitoring Fungal Burden and Viability of *Sporothrix* spp. in Skin Lesions of Cats for Predicting Antifungal Treatment Response. **J. Fungi**, Basel, v. 4, n. 3, p. 92, 2018.

OLIVEIRA, M. M. *et al.* Molecular identification of *Sporothrix* species involved in the first familial outbreak of sporotrichosis in the state of Espírito Santo, southeastern Brazil. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz,** Rio de Janeiro, RJ, v. 108, n. 7, p. 936-938, 2013.

PRADO, C. M. *et al.* First Cases of Feline Sporotrichosis Caused by *Sporothrix brasiliensis* in Paraguay. **J. Fungi**, Basel, v. 9, n. 10, p. 972, 2023.

RAMÍREZ SOTO, M. C. Sporotrichosis among children of a hyperendemic area in Peru: an 8-year retrospective study. **Int. J. Dermatol.**, Oxford, v. 56, n. 8, p. 868-872, 2017.

ROSSOW, J. A. *et al.* A One Health Approach to Combatting *Sporothrix brasiliensis*: Narrative Review of an Emerging Zoonotic Fungal Pathogen in South America. **J. Fungi**, Basel, v. 6, n. 4, p. 247, 2020.

SANTOS, A. R. *et al.* Bimodal distribution of azole susceptibility in *Sporothrix brasiliensis* isolates in Brazil. **Antimicrob. Agents Chemother.**, Washington, v. 68, n. 4, e0162023, 2024a.

SANTOS, A. *et al.* Emergence of zoonotic sporotrichosis in Brazil: a genomic epidemiology study. **Lancet Microbe**, Oxford, v. 5, n. 3, pe282-290, 2024b.

SANTOS, M. T. The rising incidence of feline and cat-transmitted sporotrichosis in Latin America. **Zoonoses Public Health**., Berlin, v. 71, n. 6, p. 609-619, 2024.

SANTISO, G. Sporotrichosis in Argentina: clinical and epidemiological analysis. **Biomedica**, Bogotá, v. 43, supl. 1, p. 109-119, 2023.
SPINELLI, T. P. *et al.* Primary conjunctival sporotrichosis in three cats from Northeastern Brazil. **Vet Ophthalmol**., Osney Mead, v. 24, n. 2, p. 209-215, 2021.

SULLIVAN, A.; ONE HEALTH WORKFORCE-NEXT GENERATION CONSORTIUM. International stakeholder perspectives on One Health training and empowerment: a needs assessment for a One Health Workforce Academy. **One Health Outlook**, London, v. 5, n. 1, p. 8, 2023.

ZHANG, M. *et al.* Fast diagnosis of sporotrichosis caused by *Sporothrix globosa, Sporothrix schenckii,* and *Sporothrix brasiliensis* based on multiplex real-time PCR. **PLoS Negl. Trop. Dis**., San Francisco, v. 13, n. 2, e0007219, 2019.

_____

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.
RECEBIDO: 05/08/2024
ACEITO: 14/10/2024

PSICOLOGIA NO CONSULTÓRIO NA RUA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA EM ARACAJU – SE

PSYCHOLOGY IN THE STREET OFFICE: AN EXPERIENCE REPORT IN ARACAJU - SE

Jainatan Rocha da Silva[1]

RESUMO

Introdução: o exercício profissional do psicólogo no Consultório na Rua (CnaR) vai além das práticas tradicionais da psicologia, pois a dinâmica do trabalho se dá onde às pessoas em situação de rua estão inseridas. **Objetivos:** explicitar a experiência vivenciada como psicóloga no Consultório na Rua em Aracaju – SE, ao mesmo tempo em que buscou discutir sobre o trabalho da psicologia no Consultório na Rua a partir de uma observação de campo e da revisão da literatura. **Apresentação da experiência**: trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. **Discussão**: observou-se o quanto o fazer do profissional da psicologia é importante como parte integrante de uma equipe multidisciplinar, buscando assim a integralidade do cuidado voltado para à saúde das pessoas em situação de rua. **Considerações finais:** espera-se que este trabalho possa contribuir para que mais profissionais pesquisem sobre o assunto em questão e que se tenha mais publicações referentes a esta temática.

Palavras-Chave: Pessoas em situação de rua. Consultório na rua. Psicologia.

ABSTRACT

Introduction: The professional practice of the psychologist at the Street Clinic (CnaR) goes beyond traditional psychology practices, since the dynamics of the work occur where homeless people are inserted. **Objectives:** to explain the experience lived as a psychologist at the Street Clinic in Aracaju - SE, while at the same time seeking to discuss the work of psychology at the Street Clinic based on a field observation and a literature review. **Presentation of the experience:** this is a descriptive study, of the experience report type. **Discussion:** it was observed how important the work of the psychology professional is as an integral part of a multidisciplinary team, thus seeking comprehensive care focused on the health of homeless people. **Final considerations:** it is expected that this work can contribute to more professionals researching the subject in question and that there are more publications related to this theme.

Keyword: Homeless people. Office on the street. Psychology.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, em seu Art. 1º, parágrafo único, pessoas em situação de rua formam uma população heterogênea, que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares rompidos ou mesmo fragilizados, e que usam das ruas e/ou abrigos como locais de moradia e sobrevivência. Nesse contexto, é de suma importância mencionar que esse grupo social tem necessitado de cuidados que abrangem toda a rede intersetorial por demandas relacionadas à educação, assistência social, moradia, renda e saúde, pois cada um tem em particular queixas e necessidades. De acordo

[1] Psicóloga, Especialista e Mestra. Secretaria Municipal de Saúde, Aracajú, SE, Brasil. ORCID: 0000-0003-4974-5284. E-mail: jainarocha10@gmail.com

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.

com Gomes et al. (2023), a integralidade do cuidado ocorre por meio da mobilização de ações intersetoriais e se faz necessária a promoção do suporte e assistência abrangentes. Assim, é importante destacar que na prática profissional o que mais dificulta é que a rede de assistência não está unificada para promover o cuidado e a garantia de direitos ao cidadão, o que prejudica ainda mais na efetivação dos serviços para essa população. Diante do cenário, que muitas das vezes é de violação de direitos, atendimentos fragmentados e/ou mesmo negados, é que surge o Consultório na Rua (CnR), como forma de atenuar o sofrimento desse grupo social, bem como diminuir as falhas dos atendimentos à saúde.

No tocante ao que está sendo dito, o Consultório na Rua (CnR), está inserido na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e seu objetivo surge como forma de minimizar as dificuldades enfrentadas por cada pessoa que vive em situação de rua, tendo como base os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, às pessoas em situação de rua não deveriam acessar um dispositivo à parte para garantir os seus direitos à saúde, pois deve ser compreendido que a Atenção Básica à saúde é porta de entrada para qualquer população, sem discriminação de classe social, raça ou etnia.

Outro ponto percebido nitidamente diz respeito ao “não lugar”, que não só às pessoas em situação de rua vivenciam, mas a equipe do Consultório na Rua, em alguns momentos também. Por vezes, outras equipes da atenção primária, secundária ou mesmo terciária, encaram às pessoas em situação de rua como sendo exclusivamente de responsabilidade do Consultório na Rua, o que tende a gerar a exclusão de outros serviços, e a reprodução de um trabalho isolado de outros fazeres e dispositivos.

Diante do exposto, em se tratando do Consultório na Rua em Aracaju – SE, atualmente, o serviço tem uma equipe formada por dezesseis profissionais, sendo um coordenador, quatro enfermeiros, três assistentes sociais, três psicólogos, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, dois redutores de danos e um médico, e sua atuação acontece sempre nos três turnos, de segunda a sexta-feira, das 7h às 23h. Destaca-se que o Consultório na Rua em Aracaju iniciou o atendimento em junho de 2015, como forma de reafirmar os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e promover a garantia do acesso, inclusão e o cuidado à saúde das pessoas em situação de rua. Sua sede administrativa está localizada na Unidade de Saúde Maria do Céu, no Centro de Aracaju SE, bem como na Unidade de Saúde Ministro Costa Cavalcante, situada no bairro Inácio Barbosa. Além dos atendimentos individuais e em grupos, a equipe do Consultório na Rua está a todo tempo em articulação intra e intersetorial, pois esse grupo social carece não só de saúde, mas demanda outras necessidades como abrigamento, retirada de segunda via de documentos pessoais, inserção familiar, encaminhamentos para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial Àlcool e Drogas (CAPSad), dentre outras necessidades.

Nesse sentido, no que diz respeito ao fazer do trabalho profissional do psicólogo no Consultório na Rua, o mesmo é realizado de forma individual e/ou grupal, onde a psicoterapia breve focal é mais apropriada para o público em questão, bem como para as demandas que comumente eles apresentam. Nesse ponto, a escuta qualificada, acolhimento humanizado, o estabelecimento de vínculo, as devidas orientações e

direcionamentos integram o exercício profissional do psicólogo que trabalha com pessoas em situação de rua. Seja nas ruas, nas instituições de acolhimento, como as Casas de Passagens e os Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua – Centro POP, o fazer da psicologia pode chegar. Em todo este processo, a prática do profissional da psicologia no Consultório na Rua surge como forma de ampliar os olhares comumente padronizados e fragmentados. Nesse ponto, desmistificar o campo de atuação nem sempre é cômodo, pois demanda espaços, lugares, pessoas, situações, que até então eram invisíveis, tornando-se um dos desafios do fazer do psicólogo (a) no Consultório na Rua, uma vez que, não raro, ele tem que trabalhar na contramão do que foi ensinado durante o período acadêmico.

Assim, o objetivo principal desse trabalho é explicitar a experiência profissional do fazer da psicologia no Consultório na Rua em Aracaju – SE a partir da observação de campo, ao mesmo tempo em que também discute o trabalho da psicologia articulada a uma equipe multidisciplinar e ao mesmo tempo interdisciplinar.

APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

O presente trabalho é um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que descreve a atuação profissional da psicologia no Consultório na Rua, especificamente na cidade de Aracaju – SE. Para obtenção de dados, foi utilizada a revisão da literatura que, de acordo com Brizola e Fantin (2016), é de fundamental importância na construção do trabalho científico, pois possibilita o delineamento das informações, para que assim venha a contribuir teórica e metodologicamente no trato dos problemas e dos fenômenos sociais.

> Revisar a literatura é atividade essencial no desenvolvimento de trabalhos acadêmicos e científicos. A realização de uma revisão de literatura evita a duplicação de pesquisas ou, quando for de interesse, o reaproveitamento e a aplicação de pesquisas em diferentes escalas e contextos (Galvão; Ricarte, 2020, p. 58).

"Como fio condutor na elaboração de um projeto de pesquisa, de teses, dissertações ou mesmo da escrita de um artigo, a revisão de literatura estabelece uma linha de raciocínio que pode guiar a leitura dos pesquisadores, levando-os das premissas às conclusões" (Dorsa, 2020, p. 681). Desta feita, em se tratando do assunto pesquisado neste trabalho, é mister destacar que poucos são os trabalhos publicados sobre atuação do profissional psicólogo no Consultório na Rua, o que aponta para o desenvolvimento de mais estudos nessa linha de pesquisa e mais discussões no âmbito acadêmico como forma de estimular novos pesquisadores.

Este trabalho foi realizado a partir da análise de produção científica, tendo como banco de dados Periódico CAPES, Scientific Electronic Library Online (Scielo®), e o Google Acadêmico®, por serem ferramentas de pesquisa com amplo acervo de publicações gratuitas. Como critério de inclusão foram utilizados os artigos em português e completos, todos disponíveis de forma online e em periódicos brasileiros. Já como critério de exclusão estão os artigos que não abordam o assunto discutido e os que não estão disponíveis de forma online e gratuita pela Internet, bem como as publicações incompletas ou mesmo os resumos.

Para este estudo foram utilizadas as bases de periódicos nacionais entre abril/2024 e junho/2024, tendo como descritores termos como: pessoas em situação de rua, Consultório na Rua, e psicologia. Vale salientar que, mesmo não havendo restrição temporal, todos os artigos encontrados se enquadraram no intervalo de publicações realizadas entre os anos de 2009 e 2024, totalizando 20 publicações selecionadas entre monografia, dissertação de mestrado, decreto, leis, artigos científicos, portarias, e dados do Instituto de Pesquisa Aplicada – IPEA.

Conforme declara o Ministério da Saúde (2010), ir até o território onde às pessoas em situação de rua estão inseridas é fazer uma intervenção extramuros, é colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que diz respeito à equidade. É importante destacar que o cuidado voltado para esse grupo social deve ser pautado em uma visão holística e integradora, promovendo, assim, a saúde em todos os níveis de assistência, desde a primária até a terciária. Nessa mesma linha de pensamento, na concepção de Gomes *et al.* (2023, p.14), "a atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua não se limita apenas ao tratamento de doenças, mas também inclui ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, educação em saúde e cuidados paliativos, quando necessário".

Conforme declara a Portaria nº 122, de 25 de Janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua, em seu art. 4º, as respectivas equipes poderão ser formadas por: enfermeiros, psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, e técnico em saúde bucal. Nesse sentido, entende-se que uma equipe multidisciplinar e ao mesmo tempo interdisciplinar é de fundamental importância para o cuidado e atendimento integral voltado à saúde das pessoas em situação de rua, pois esse grupo social apresenta vários problemas a nível físico, mental e social, o que carece de um olhar de vários profissionais envolvidos no processo de acolhimento, pois pensar em um atendimento multidisciplinar é também pensar em ações colaborativas que existem vários olhares envolvidos, tendo como objetivo a redução de danos.

Sobre este assunto, de acordo com Oliveira *et al*. (2024, p. 29), "a abordagem multidisciplinar no contexto da saúde tem ganhado crescente reconhecimento e relevância como uma estratégia eficaz para promover a melhoria da assistência ao paciente e otimizar os resultados de saúde". É mister destacar que trabalhar a corresponsabilidade com pessoas em situação de rua é fator importante para resolução das problemáticas que elas apresentam. Nesse sentido, é preciso entender que o paciente/cliente também tem que fazer parte do processo de autocuidado, de forma ativa, e com autonomia.

Outro ponto importante a ser mencionado diz respeito ao estabelecimento do vínculo que se espera formar entre profissional e paciente / cliente. Esse contato de confiança e de se colocar no lugar do outro de forma acolhedora e humanizada faz toda a diferença para o cuidado voltado para a população em situação de rua. Sobre o assunto, a Política Nacional de Humanização (PNH) esclarece que o estabelecimento de vínculo é de fundamental importância para a continuidade da atenção à saúde, bem como o reconhecimento da singularidade do sujeito.

Na concepção de Silva (2024), é necessário desmistificar e desconstruir toda e qualquer ação excludente e fragmentada voltada às pessoas em situação de rua, para que assim se possam gerir intervenções ampliadas e contextualizadas no atendimento humanizado destinado a essa população. Segundo Gomes *et al.* (2023, p.15), "o acolhimento das pessoas que buscam ou necessitam de atendimento em saúde deverá ocorrer em todo e qualquer espaço de cuidado, seja dentro do consultório médico, no corredor da Unidade Básica de Saúde, nas ruas, debaixo de um viaduto ou dentro de um equipamento da assistência social". Para esses autores, acolher tem como perspectiva o cuidado e a escuta qualificada, vendo a pessoa de maneira integral e estabelecendo a relação de confiança entre as partes.

É notório perceber que além dos estigmas, preconceitos, invisibilidade, às pessoas em situação de rua também sofrem com a não efetivação de políticas públicas não só de saúde, mas também em outros seguimentos. Sobre este ponto, conforme escreve Viegas *et al*. (2021), "ao tratar o direito à saúde, na perspectiva de direitos humanos, seu pleno exercício depende também do direito à vida, à liberdade, à educação, à participação política, à moradia adequada, à alimentação, entre outros". Nessa lógica de pensamento, percebe-se o quanto a rede de assistência encontra-se fragmentada, o que muitas vezes dificulta o acesso aos direitos às pessoas em situação de rua, onde não é difícil de perceber, profissionais desmotivados para o exercício de suas funções, ou até mesmo a falta de informações referente às Políticas Públicas destinadas a esse grupo. Nota-se também, a indisponibilidade de vagas nos abrigos, as questões burocráticas como apresentação de documentos na hora do atendimento, o que passa a ser um obstáculo para o acesso aos serviços públicos, dentre outras situações.

Diante dessa realidade, é importante destacar que saúde não é somente a ausência de doença, mas todo um contexto que envolve essas pessoas a nível sócio-histórico, pois nesse caso, é necessário perceber o sujeito de maneira holística e integradora, levando em conta as suas questões biológicas, sociais, econômicas, psicológicas e espirituais, na perspectiva que haja verdadeiramente a efetivação dos direitos estabelecidos pela Constituição Federal de 1988.

Em se tratando da experiência profissional com a população em situação de rua, a mesma iniciou no ano de 2014, quando trabalhei por três anos em uma instituição de abrigo denominada Casa de Passagem, que funcionava de segunda a domingo, ininterruptamente durante 24 horas, na função de abrigar o grupo social supracitado. Após sair do abrigo, por volta de 2018, foi iniciado os estudos conforme linha de pesquisa em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas do curso de mestrado na Universidade Tiradentes (UNIT), na Cidade de Maceió - AL, tendo como tema abordado na dissertação: a invisibilidade dessa população perante a sociedade e o Estado, e o que eles pensam sobre os serviços sociais aos quais tem direito. Dando sequência a prática profissional com a população em situação de rua, também fiz parte da equipe de trabalho onde passei alguns meses no Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro POP), dispositivo que acolhe esse grupo social, disponibilizando o banho, a lavanderia para lavagem de roupas, um espaço para o descanso e o café da manhã e almoço, com funcionamento de segunda a sexta, das 8h às 17h.

Já em setembro de 2023, foi iniciado o trabalho no Consultório na Rua em Aracaju – SE, o que oportunizou contato com as Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e com os princípios do SUS, principalmente ao que diz respeito à equidade. Destaco, que o trabalho do profissional psicólogo no Consultório na Rua vai além das práticas tradicionais da psicologia, pois é nas ruas o local de encontro entre terapeuta e paciente/cliente. A rua passa a ser um espaço de cuidado e de estabelecimento de confiança, é nas ruas que o profissional da psicologia entende a real problemática que às pessoas em situação de rua carregam consigo, seus desafios, demandas, necessidades, bem como o seu estado emocional. Nesse ponto, a identificação dos processos intra e interpessoais constitui fator importante para o planejamento de ações assertivas na perspectiva do fortalecimento da autoestima, das potencialidades, e da autonomia dessa população.

> Os psicólogos buscam o estabelecimento de vínculos em meio aos desafios de uma clínica itinerante, através da habilidade de conseguir ouvir essas pessoas, o que facilita o acesso dos mesmos a essas políticas de saúde mental, somando à equipe e promovendo uma atenção integral (Almeida; Neto, 2022, p. 7).

Outro ponto importante no fazer da psicologia é a valorização da singularidade do sujeito, pois cada pessoa que vive nas ruas tem em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares estão rompidos ou fragilizados, mas o que difere é que cada um traz consigo uma história de vivências que são peculiares. É interessante ressaltar que nas ruas não existe um espaço reservado e apropriado para o atendimento psicológico como normalmente existem nos atendimentos clínicos, pois o espaço para a escuta é aquele onde a pessoa em situação de rua se encontra, seja nas calçadas, nas praças, de baixo das pontes, nas marquises, nos abrigos. O território de vida e de sobrevivência dessa população também passa ser encontros de cuidados.

Destaca-se também, que o estabelecimento de vínculo é de suma importância para o fortalecimento da confiança e a continuidade do cuidado, levando em conta a singularidade de cada sujeito, respeitando sua história de vida, sem julgamentos e preconceitos, promovendo, assim, ações de prevenção, promoção, e recuperação da saúde.

Outro fator relevante e que é visível no cotidiano da prática psicológica no Consultório na Rua é a resistência que algumas pessoas em situação de rua têm em não aderir o processo de psicoterapia. Isso pode ser observado pela questão da itinerância, pois alguns dos pacientes/clientes não ficam em um só lugar por muito tempo; outros desejam resultados imediatos, o que é quase impossível diante das demandas que cada um deles carregam. Outras pessoas em situação de rua fazem uso de substância química, o que tende a dificultar ainda mais no momento da intervenção. Nesse sentido, disponibilidade, autonomia, e o querer se ajudar é fator decisivo para resultados satisfatórios, pois o processo de psicoterapia é uma via de mão dupla, em que a corresponsabilidade do paciente/cliente faz toda a diferença para o andamento do cuidado. É

importante destacar, que o psicólogo que trabalha, ou que queira trabalhar no Consultório na Rua, tem de levar em conta o contexto sócio-histórico das pessoas em situação de rua, bem como o território onde estão inseridas, pois o atendimento a esse grupo social deve ocorrer de forma acolhedora e humanizada, a partir de uma visão integralizada e holística do sujeito.

Conforme lembram Ferraz e Negrini (2015, p. 136), "[...] e a pessoa em situação de rua tem seu contexto sócio-histórico fortemente marcado pelas vivências que tem na rua, local onde passa a maior parte de seu tempo". Nesse contexto, além da prática individual que o psicólogo pode exercer no Consultório na Rua, também existe o trabalho multidisciplinar e ao mesmo tempo interdisciplinar que esse profissional desempenha, sobretudo em articulação com outros saberes. Segundo Ferraz e Negrini (2015, p. 123), "o psicólogo, como integrante da equipe, oferece não somente a escuta, atuação peculiar de sua profissão, mas também acolhe e trabalha em união com outros profissionais até mesmo na manutenção da saúde física do mesmo". Nessa mesma linha de pensamento, para Alves *et al.* (2022), o serviço prestado pelo Consultório na Rua (CnR) é formado por uma equipe multiprofissional que desenvolve ações integrais de saúde frente às necessidades das pessoas em situação de rua. Essas intervenções podem ocorrer por meio de redução de danos de forma itinerante.

É mister destacar que, na concepção de Rocha e Oliveira (2020), o exercício profissional do psicólogo com às pessoas em situação de rua ainda se apresenta em fase de construção, não é apenas o cenário de atuação que é diferente, mas o público a ser atendido também demanda peculiaridades e singularidades diferentes de outros públicos. Assim, ampliar o campo de visão e atuação do profissional de psicologia, possibilita às populações menos favorecidas a cidadania e a garantia dos direitos estabelecidos por meio da Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, outra característica no fazer da psicologia no Consultório na Rua é a existência de muitas demandas emergenciais, inesperadas, que carecem de atendimento rápido, necessitando de um manejo mais aguçado por parte do profissional psicólogo.

> No trabalho extramuros como é o caso da Rua, cenário de atuação do CnaR, os psicólogos, muitas vezes, se deparam com um trabalho emergencial, de conter manifestações incompreendidas e absorvidas pela moral (como o caso das crises de abstinência e surtos violentos), em que necessitam rever e reinventar suas formas de investigação/intervenção (Nunes; Staliano; Oliveira, 2022, p. 112).

Assim, é importante entender, que a psicoterapia breve tem sido mais indicada para atendimento às pessoas em situação de rua, tendo como foco as manifestações do presente e a resolução das demandas em curto prazo. Nesse ponto, exercer a prática profissional da psicologia no Consultório na Rua é se reinventar a cada dia, é deixar os "achismos", preconceitos, e estigmas de lado e entender que cada pessoa é uma pessoa, que tem uma história peculiar e que carece de cuidados e atenção muitas das vezes emergenciais e pontuais.

DISCUSSÃO

O fazer da psicologia no Consultório na Rua é fator relevante para a integralidade do cuidado voltado para a saúde das pessoas em situação de rua, principalmente no que diz respeito à saúde mental, uma vez que o estabelecimento de vínculo com essa população é de suma importância nesse contexto, bem como o trabalho em equipe. Sobre este assunto Porto *et al*. (2023, p. 36) comentam que "com intuito de oferecer atenção integral à saúde dessa população, instituiu as Equipes de Consultório na Rua, que adotam uma visão ampliada de cuidado e consideram as singularidades de vida do indivíduo". Embora exista a Política Pública de Humanização do SUS (PNH) que estabelece as diretrizes para o bom funcionamento da saúde, na prática, podemos observar que há poucos profissionais colocando em prática o acolhimento humanizado, principalmente quando as intervenções dizem respeito às pessoas em situação de rua.

Nesse sentido, para Souza e Macerata (2015, p. 8), "o modo de vida nômade dos moradores de rua desafia a lógica fixa de territorialização baseada na noção de domicílio utilizada pela atenção básica". Outra dificuldade reside no fato de que muitos desses indivíduos não possuem documentos pessoais, nem comprovante de residência, o que se torna um empecilho no momento em que acessam o atendimento em outros serviços.

Assim, ao versar sobre a prática de cuidado que o profissional de psicologia exerce no Consultório na Rua, vale destacar que existe a necessidade de conhecimento acurado não só no que se refere às políticas públicas voltadas para essa população, mas sobretudo, ao que diz respeito à singularidade que cada sujeito possui, bem como o território em que ele vive. Nesse sentido, o trabalho na rua é dinâmico, cada dia é um dia, e não existem dias iguais quando o assunto é trabalhar com pessoas em situação de rua. Há dias em que eles/elas estão em determinado local, já em outros, estarão em bairros diferentes, ou em outras cidades ou estados. Conforme Souza e Macerata (2015, p. 12), "a rua como qualquer território de vida, se constitui constantemente, se modificando, se reconfigurando. Contudo, sua especificidade é a velocidade e a provisoriedade de sua dinâmica de organização".

Nesse contexto de atuação, algo também observado durante a prática de trabalho, e que se faz necessário ser colocado, é que nas ruas existem os encontros e os desencontros, pois a itinerância faz parte da vida deles, como também o imediatismo. Assim, é essencial considerar a relação que o sujeito estabelece com esse território, onde passa a ser local de vida e de sobrevivência para eles e/ou elas. Sobre este assunto, de acordo com Souza e Macerata (2015, p. 8), [...] "a rua como território de vida impõe ao SUS rever seus conceitos de saúde, confrontá-los e negociá-los de outra maneira". Os autores afirmam que a rua se reconfigura, modifica-se e se constitui cotidianamente. "A rua está radicalmente sensível e aberta às dinâmicas da cidade" (Souza; Macerata, 2015, p. 12). Observa-se, portanto, que esse "novo cenário" de promoção de saúde também desafia os profissionais a se adaptarem cotidianamente.

Para Ferraz e Negrini (2015), a rua não tem o espaço de privacidade que um *setting* terapêutico normalmente oferece. No momento do atendimento às pessoas em situação de rua nas ruas, a abordagem é realizada geralmente próxima de outras pessoas, a escuta normalmente é dificultosa em razão do ruído dos automóveis. Ponto importante a considerar é que morar nas ruas reflete todas as formas de ausências, privações que às pessoas em situação de rua carregam consigo, muitos nem mais se reconhecem como pessoas, pois há uma ruptura com a realidade e a perda da identidade. Esse grupo social acumula sofrimento físico e emocional, a maioria tem como base os conflitos familiares, usa substância química, são vítimas do desemprego e dos transtornos mentais. Além desses fatores, ainda existem as consequências de cunho social, pois viver exposto nas ruas é estar vulnerável à violência, às privações de sono, falta de banho, de comida. Além disso, há os preconceitos e a exclusão cotidiana por meio da sociedade e do Estado.

Outro fator relevante e observado no fazer da prática profissional enquanto psicóloga, é a resistência que essas pessoas têm em não desejarem o cuidado, o que requer do profissional, perseverança para não desistir de ofertar a intervenção. Nesse sentido, a atuação da (o) psicóloga (o) na rua, exige o estabelecimento de uma relação interpessoal, baseada no vínculo, na empatia, escuta qualificada, no acolhimento humanizado, e no respeito as diferenças.

É necessário destacar e entender, que a atenção à saúde voltada às pessoas em situação de rua também perpassa a compreensão de que essas pessoas não carecem somente de saúde, mas de condição de vida e de sobrevivência. Nessa lógica de pensamento, deve-se contemplar a saúde em seu conceito ampliado, considerando fatores sociais, econômicos, emocionais, educação, moradia, trabalho, saneamento básico como parte de todo esse processo e que interfere diretamente na vida dessas pessoas. Diante desse cenário de invisibilidade e de exclusão, surge o Consultório na Rua, como forma de minimização das demandas relacionadas à saúde, comumente apresentadas pela população em situação de rua. Assim, de acordo com Ferraz e Negrini, (2015, p. 123), "o Consultório de Rua é, portanto, um projeto que tem um olhar diferenciado, que pretende ir além dos estigmas, e reconhecer cada pessoa a ser atendida, em sua particularidade".

Vale ressaltar o trabalho multidisciplinar, ao mesmo tempo interdisciplinar, que o Consultório na Rua exerce, pois, para promover saúde, é necessário considerar o sujeito que está sendo atendido de forma integralizada, com um olhar holístico e uma visão biopsicossocial e espiritual. Nesse sentido, "o psicólogo, como integrante da equipe, oferece não somente a escuta, atuação peculiar de sua profissão, mas também acolhe e trabalha em união com outros profissionais até mesmo na manutenção da saúde física do mesmo" (Ferraz; Negrine, 2015, p. 123). Na mesma linha, Silva (2022, p. 56) comenta que "o que se deve destacar é a necessidade de um atendimento holístico e integrador, onde as demandas de cada sujeito possam ser atendidas mediante as suas necessidades".

Assim, como resultado da experiência profissional enquanto psicóloga no Consultório na Rua na Cidade de Aracaju – SE, observou-se na prática, o quanto o exercício profissional da psicologia no Consultório na Rua é de fundamental importância em um contexto de trabalho com outros profissionais, bem como em

articulação com outros dispositivos de atenção e cuidado. Disponibilizando a escuta qualificada com acolhimento humanizado, realizando intervenções e articulações com a rede de assistência, promovendo os encaminhamentos, principalmente os destinados aos serviços dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), além de atuar na prevenção e promoção da saúde individualmente, ou em conjunto aos outros profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das principais motivações para a realização desse trabalho foi a pouca publicação de trabalhos disponíveis referentes ao exercício profissional do psicólogo no Consultório na Rua, considerando a importância do fazer psicológico voltado às pessoas em situação de rua. Nesse sentido, espera-se que este trabalho possa contribuir para melhor entendimento do lugar que a psicologia ocupa no serviço da saúde, especificamente no Consultório na Rua. Nesse sentido, como meio de promover saúde de forma integralizada, o profissional da psicologia é de fundamental importância como parte integrante da equipe no Consultório na Rua. Ressalta-se também, que o acolhimento humanizado, o estabelecimento de vínculo e a escuta qualificada são fatores relevantes na prática desse profissional.

Observou-se, durante a experiência no Consultório na Rua, a necessidade da atuação de mais profissionais comprometidos na linha de frente, promovendo saúde de forma igualitária, com equidade e humanização. Nota-se também a necessidade de políticas públicas efetivas e que garantam, de fato, os direitos para pessoas em situação de rua, não só que diz respeito à saúde, mas a educação, moradia, renda, assistência. Por isso, considerar o sujeito como um todo é fator relevante para a resolução das demandas comumente apresentadas por este grupo, tendo a empatia como uma peça fundamental no momento da intervenção.

Assim, falar da experiência enquanto profissional da psicologia no Consultório na Rua, perpassa vários momentos com a realidade vivenciada por essa população, oportunizando a troca de experiência com outros profissionais psicólogos e de outras áreas do conhecimento. Estar no Consultório na Rua é ampliar o olhar para outras realidades que comumente não são vivenciadas em dias comuns e/ou “normais”, quando não é necessário muito para fazer o outro ser reconhecido como alguém de valor e de direito.

Nesse ponto, destaca-se dois casos de atendimentos psicológico realizados aos pacientes/clientes, identificado pelas iniciais do nome (D.A.S), em situação de vulnerabilidade social, acolhido em uma instituição de abrigo, que declarou: “eu me sinto importante porque encontrei com pessoas que me fez importante”. Já outra atendida (C.P.S), relata: “eu me sinto gente, você me dar atenção”. Essas declarações demonstram o quanto o fazer da psicologia pode ir além, ao ressignificar histórias, ao promover a autonomia, restituir identidade que outrora foi perdida, corresponsabilizando o sujeito em relação ao seu próprio cuidado, sensibilizando para a tomada de decisões assertivas, tudo isso são fatores relevantes no fazer da psicologia.

Em paralelo ao que está sendo dito, ressalta-se o quanto a rede de assistência carece de fortalecimento e de resolutividade, pois observou-se a falta de comprometimento social, mas não apenas isso, também a carência de ser colocado em prática o que é preconizado pela Constituição Federal de 1988 e reafirmado pela lei 8080/1990. É necessário entender, que não se pode promover cuidado com pessoas em situação de rua de forma isolada, pois as ações destinadas a esse público devem acontecer de modo intersetorial, em articulação com os serviços da assistência social, bem como com os serviços da saúde de baixa, média e alta complexidade.

Diante do exposto, ressalta-se o quanto o fazer da psicologia pode ir além do que comumente é ensinado em sala de aula, o fazer da psicologia pode e deve ocorrer extramuros. Também convém acrescentar a importância da unificação dos saberes para resoluções de demandas dessa população em particular, bem como a redução de danos para pessoas que utilizam substância psicoativas. Ponto também importante, é o olhar holístico e integrador, visando o sujeito de maneira biopsicossocial e espiritual.

REFERÊNCIAS

ALVES, Angélica *et al.* Intersecção entre psicologia institucional e as práticas do consultório na rua. **Revista Humanidades & Inovação**, Palmas, v. 8, n. 59, p. 210-218, 2022. Disponível em: https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/2006. Acesso em: 19 maio 2024.

ALMEIDA, Micaélly; NETO, Francisco. Da teoria do compromisso social à prática da profissão: as entrelinhas da atuação da psicologia no consultório na rua. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [*s. l.*], v. 15, n. 11, p.1-8, 2022. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/11116/6689. Acesso em: 21 maio 2024.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a política nacional para a população em situação de rua e seu comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 246, p. 16, 24 dez. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 1 maio 2024.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 19, p. 46, 26 jan. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 10 maio 2024.

BRIZOLA, Jairo; FANTIN, Nádia. Revisão da literatura e revisão sistemática da literatura. Revista de Educação do Vale do Arinos, **RELVA**, Juara, MT, v. 3, n. 2, p. 23-39, jul./dez. 2016. Disponível em: https://periodicos.unemat.br/index.php/relva/article/view/1738/1630. Acesso em: 10 maio 2024.

DORSA, Arlinda. O papel da revisão da literatura na escrita de artigos científicos. **INTERAÇÕES**, Campo Grande, MS, v. 21, n. 4, p. 681 - 682, out./dez. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/inter/a/ctsj4sLz6CkZYQfZWBS4Lbr/#. Acesso em: 10 maio 2024.

FERRAZ, Karine Belló; NEGRINI, Leonardy. A Atuação do profissional Psicólogo no Consultório de Rua. I Simpósio de Produções Acadêmicas em Psicologia do Univag. **Simpósio de Produções Acadêmicas em Psicologia**, [*s. l.*], n. 1, p. 121-145, jul. 2015. I Simpósio de Produções Acadêmicas em Psicologia do Univag, 2015, [Várzea Grande, MT]. Disponível em: https://periodicos.univag.com.br/index.php/psicologia/article/view/578/824. Acesso em: 12 maio 2024.

GALVÃO, Maria; RICARTE, Ivan. Revisão sistemática da literatura: conceituação, produção e publicação. **LOGEION: Filosofia da informação**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 57-73, set. 2019/fev. 2020. Disponível em: https://revista.ibict.br/fiinf/article/view/4835/4187. Acesso em: 10 maio 2023.

GOMES, S. F. (org.). **Atenção integral à saúde da pessoa em situação de rua:** documento norteador. São Paulo: Prefeitura de São Paulo, dez. 2023. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/documento_norteador_pop_rua_dez23.pdf. Acesso em: 10 maio 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. **Consultórios de Rua do SUS:** Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ, set. 2010. Disponível em: https://www5.pucsp.br/ecopolitica/downloads/pesquisas/1_B_2010_Consultorio_rua_SUS_conselho_saude_mental.pdf. Acesso em: 11 maio 2024.

NUNES, Letícia; STALIANO, Pamela; OLIVEIRA, Paola. Atuação de psicólogos no consultório na rua da fronteira. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 28, p. 98-115, fev. 2022. Disponível em: https://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/23242. Acesso em: 24 maio 2024.

OLIVEIRA, João *et al.* Atendimento multidisciplinar em unidades básicas de saúde: abordagens integradas para melhorar a assistência ao paciente. **Periódicos Brasil. Pesquisa Científica,** [*s. l.*], v. 3, n. 1, p. 29-37, 2024. Disponível em: https://periodicosbrasil.emnuvens.com.br/revista/article/view/7/9. Acesso em: 10 maio 2024.

PORTO, Maria *et al.* Formação de estudantes de enfermagem para o cuidado junto à população em situação de rua: um relato de experiência. *In:* **Práticas em saúde coletiva:** contextualizando os saberes e experiências. Fortaleza: Integrar, 2023. Disponível em: https://editoraintegrar.com.br/publish/index.php/livros/article/view/3796/488. Acesso em: 30 maio 2024.

ROCHA, Felipe; OLIVEIRA, Pedro. Psicologia na rua: delineando novas identidades a partir do trabalho com a população em situação de rua. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 15, n. 1, e3262, jan./mar. 2020. Disponível em: http://seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/3712/2319. Acesso em: 21 maio 2024.

SILVA, Jainatan. Os invisíveis urbanos: o que as pessoas em situação de rua pensam sobre os serviços sociais aos quais têm direito? **Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul**, Campo Grande, MS, v. 6, n. 2, p. 49–50, 2024. Disponível em: https://revista.saude.ms.gov.br/index.php/rspms/article/view/268. Acesso em: 11 maio. 2024.

SILVA, Jainatan. O trabalho do psicólogo no caps frente à demanda por psicoterapia. **Rev. Saúde Pública de Mato Grosso do Sul**, Campo Grande, MS, v. 5, n.1, p. 45-57, 2022. Disponível em: https://revista.saude.ms.gov.br/index.php/rspms/article/view/217/175. Acesso em: 30 maio 2024.

SOUZA, Tadeu; MACERATA, Iaçã. A clínica nos consultórios na rua: territórios, coletivos e transversalidades. **Ayvu: Rev. Psicol.,** [*s. l.*], v. 1, n. 2, p. 3-23, 2015. Disponível em: https://periodicos.uff.br/ayvu/article/view/22177/13076. Acesso em: 27 maio 2024.

VEIGAS, Selma Maria da Fonseca *et al.* Quotidiano de equipes de consultório na rua: tecendo redes para a promoção da saúde. **Escola Anna Nery,** [*s. l.*], v. 25, n. 3, p. 1-9, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/qfJYwnLCgmtCVdndNhnVz7x/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 12 maio 2024.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 11/07/2024

ACEITO: 21/10/2024

e-ISSN **2675-7656**

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DR. JORGE DAVID NASSER

SES
Secretaria de
Estado de
Saúde

GOVERNO DE
Mato
Grosso
do Sul