



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE ANIMAL INTEGRADA À SAÚDE
PÚBLICA

ROBERTA ESTELITA DA SILVA CARVALHO

Trabalho de Conclusão da Residência (TCR)

**DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA E RELATO
DE EXPERIÊNCIA QUANTO ÀS ESTRATÉGIAS DE GESTÃO PARA O CUIDADO
DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO NO DISTRITO SANITÁRIO
VIII, RECIFE/PE, 2025**

Recife-PE

2026

ROBERTA ESTELITA DA SILVA CARVALHO

**DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA E RELATO DE
EXPERIÊNCIA QUANTO ÀS ESTRATÉGIAS DE GESTÃO PARA O CUIDADO DE
PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO NO DISTRITO SANITÁRIO VIII,
RECIFE/PE, 2025**

Trabalho de Conclusão do Programa de Residência em Saúde Animal Integrada à Saúde Pública, apresentado à Universidade Federal Rural de Pernambuco, Campus de Recife, para obtenção de título de Residente em Medicina Veterinária, na área de concentração Saúde Coletiva.

Tutor: Prof. MSc. Wesley Natam Martins Almeida.

Recife-PE

2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFRPE
Bibliotecário(a): Auxiliadora Cunha – CRB-4 1134

C331d Carvalho, Roberta Estelita da Silva.

Descrição das atividades no programa de residência e relato de experiência quanto às estratégias de gestão para o cuidado de pessoas em situação de acumulação no Distrito Sanitário VIII, Recife/PE, 2025 / Roberta Estelita da Silva Carvalho. – Recife, 2026.

95 f.; il.

Orientador(a): Wesley Natam Martins Almeida..

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência) – Universidade Federal Rural de Pernambuco, Residência em Área Profissional de Saúde em Medicina Veterinária, Recife, BR-PE, 2026.

Inclui referências e apêndice(s).

1. Ensino profissional. 2. Saúde pública (Recife,PE). 3. Vigilância sanitária (Recife,PE). 4. Saúde pública veterinária - Administração (Recife,PE) 5. Transtorno de acumulação. I. Almeida., Wesley Natam Martins, orient. II. Título

CDD 636.089



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE ANIMAL INTEGRADA À SAÚDE PÚBLICA

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA E RELATO DE EXPERIÊNCIA QUANTO ÀS ESTRATÉGIAS DE GESTÃO PARA O CUIDADO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO NO DISTRITO SANITÁRIO VIII, RECIFE/PE, 2025.

Trabalho de conclusão de Residência elaborado por

ROBERTA ESTELITA DA SILVA CARVALHO

Aprovado em 25 /02/2026

BANCA EXAMINADORA:

Prof. MSc. Wesley Natam Martins Almeida – presidente/tutor

Prof. Dr. Daniel Friguglietti Brandespim – DMV/UFRPE – membro titular

Msc. Caroline Dantas Albuquerque Carneiro - Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz-PE -
membro titular

Dedico a Deus, pela oportunidade; à minha mãe, exemplo de força e perseverança; ao meu esposo, pelo apoio constante; à minha filha, minha maior motivação; e à minha avó paterna, Adeilda Celestino, exemplo de força, dignidade e superação ao enfrentar o Transtorno de Acumulação, junto à família.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela graça, força, determinação e sabedoria que me permitiram superar os obstáculos e concluir esta fase tão sonhada da minha vida. À minha mãe, Marlene Lima, por lutar por mim e meus irmãos sempre e por ser minha rede de apoio em todos os momentos. Este conquista também é sua, mãe. Tudo em minha vida é resultado do seu infinito amor e dedicação, te amo e com essa especialização honro todas as oportunidades que a vida lhe tirou.

Aos meus irmãos, Rafael Lima e Renata Silva, pelo apoio constante. Ao meu esposo, amigo e companheiro de vida, Gustavo Carvalho, por todo amor, parceria e dedicação; sua presença torna a minha vida incrivelmente mais bonita. À minha filha, Celina Carvalho, minha maior motivação, luz que orienta meus passos e fortalece em mim o desejo de construir um futuro melhor pra nossa família. Que minha trajetória lhe inspire a lutar pelos seus sonhos com coragem e determinação. Agradeço aos familiares e amigos que estiveram ao meu lado durante essa caminhada; o apoio de vocês tornou tudo mais possível.

Aos meus colegas da residência, pela convivência com empatia, companheirismo e aprendizado ao longo desses dois anos. Minha eterna gratidão à Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), minha segunda casa desde a graduação. Ao professor Daniel Brandespim, por me inspirar a atuar com amor e dedicação à Saúde Única, por permitir que nesses dois anos tudo fosse planejado e executado, dentro do Programa de Residência, com equidade e empatia, e por lutar sempre pela inclusão do médico-veterinário no SUS, se estamos vivendo essa trajetória incrível na saúde pública é porque o senhor travou e venceu lutas por nós.

Ao meu orientador, Wêslley Almeida, pelo apoio constante e pelos conselhos sempre oferecidos com empatia. A todos que compõem o Distrito Sanitário VIII do Recife, pelo acolhimento e parceria. Aos meus preceptores, pela orientação e pelos conhecimentos compartilhados, que tanto contribuíram para minha formação. Gratidão especial a Rilvan Marcelino, coordenador da Vigilância Epidemiológica e um dos meus preceptores, que desde o início me incentivou a atuar com leveza e equilíbrio. Sua alegria, experiência e dedicação foram fontes de motivação e inspiração para me tornar uma profissional melhor.

“Se nada muda, e você muda, tudo muda.”

— Marcel Proust

RESUMO

O Programa de Residência em Saúde Animal Integrada à Saúde Pública/UFRPE configura-se como uma pós-graduação *lato sensu* uniprofissional, destinada a médicos-veterinários, com carga horária predominantemente composta por atividades práticas e teórico-práticas supervisionadas, visando à formação qualificada para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). O presente trabalho consiste em um relato descritivo, de abordagem qualitativa, cujo objetivo é descrever as experiências e os conhecimentos adquiridos ao longo do Programa de Residência, no período de 2024 a 2025. As atividades foram desenvolvidas no Distrito Sanitário VIII da Secretaria de Saúde do Recife/PE, em consonância com os referenciais teóricos e normativos do SUS. Os dois primeiros meses foram destinados às disciplinas do Núcleo Comum Obrigatório (NCO). Posteriormente, a carga horária concentrou-se nas práticas supervisionadas nas Vigilâncias em Saúde (VS), na Atenção Primária e na articulação de estratégias intersetoriais. Na Vigilância Epidemiológica (VE), destacaram-se investigações de óbitos infantis, acompanhamento de casos de sífilis e doença de Chagas, além de visitas domiciliares para monitoramento do esquema vacinal antirrábico humano. Na Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), houve participação em ações preventivas de IST, atividades educativas e análise de agravos relacionados ao trabalho. Na Vigilância Sanitária (VISA), realizaram-se inspeções, orientações técnicas e ações educativas, incluindo educação continuada para inspetores de clínicas veterinárias. Na Vigilância em Saúde Ambiental (VSA), desenvolveram-se ações na campanha antirrábica em cães e gatos, acompanhamento de casos de esporotricose animal, monitoramento do Levantamento rápido do índice de infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA) e de Pontos Estratégicos (PE), controle de roedores, vigilância da cólera e atividades educativas em escolas. Na Atenção Básica, as atividades foram realizadas na: eMulti, fortalecendo o apoio matricial às equipes de Saúde da Família (eSF) e ampliando a compreensão da saúde única no território; no Programa Saúde na Escola (PSE), com acompanhamento em campanhas de vacinação e ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; e na política de Saúde Mental, com acompanhamento de discussões de casos e articulação em rede. Conclui-se que a residência representou importante processo de qualificação para atuação na saúde coletiva, especialmente pela integração entre teoria e prática e pelas experiências vivenciadas na saúde pública.

Palavras-chave: integração ensino-serviço; saúde coletiva; saúde pública; vigilância em saúde; atenção primária.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1	Identificação geográfica da Região Metropolitana do Recife (RMR).....	17
Figura 2	Distritos Sanitários do município de Recife.....	18
Figura 3	Uma das áreas populosas do DS VIII (Buraco da Gata, Cohab).....	19
Figura 4	Busca ativa de notificação de atendimento anti rábico-humano.....	22
Figura 5	Reunião para Discussão de Óbito Infantil.....	23
Figura 6	Apresentações sobre esporotricose humana pelo Ministério da Saúde.....	24
Figura 7	Treinamento sobre esporotricose humana, raiva humana e IST.....	24
Figura 8	Palestras da VISAT nas empresas do território do DS VIII.....	27
Figura 9	Educação em saúde da VISAT do DS VIII para mototaxistas.....	28
Figura 10	Inspeção em padaria com diversas áreas críticas: estrutura com revestimento do teto comprometido (figura A); utensílios sujos e impróprios (figura B); insumos mal acondicionados (figura C); presença de pragas na área de produção (figura D); e sujeira acumulada na pia de higienizar os utensílios (figura E).....	30
Figura 11	Reinspeção em padaria com correção das áreas críticas.....	31
Figura 12	Capas das cartilhas elaboradas para orientação no processo de licenciamento sanitário.....	32
Figura 13	Educação continuada em saúde para inspetores sobre estabelecimentos veterinários.....	33
Figura 14	Curso de boas práticas de manipulação de alimentos destinado aos comerciantes de alimentos do distrito.....	34
Figura 15	Imunização de animais na campanha antirrábica do município de Recife, no DS VIII.....	37
Figura 16	Busca ativa para imunização de animais.....	37
Figura 17	PE: Quintal de PSA, com diversos recipientes acumulando água....	39
Figura 18	Manutenção de EDL localizada em área de ferro velho.....	40
Figura 19	Agente biológico utilizado nas EDLs.....	40
Figura 20	Aplicação de raticida, de ação crônica, em tocas (pó de contato)....	41
Figura 21	Substituição das EDLs em oficina de empresa de guindastes.....	42

Figura 22	Visita domiciliar para investigação de esporotricose animal pelo GVACZ.....	43
Figura 23	Supervisão e registro de palhetas das ovitrampas.....	44
Figura 24	Distribuição espacial do LIRAA em Recife, no último ciclo de 2024.....	45
Figura 25	Equipe do plantão de final de semana no bairro do Ibura.....	46
Figura 26	Técnica de Moore aplicada em canal no bairro do Ibura.....	47
Figura 27	Ação do NEPS sobre conservação da água em creche do Ibura.....	48
Figura 28	Apresentação sobre a atuação do médico-veterinário na eMulti.....	51
Figura 29	Oficina de antirracismo infantil para eMulti 8.3.....	52
Figura 30	Avaliação de antropometria na Escola Municipal Vila Sésamo na Cohab.....	54
Figura 31	Ação intersetorial do PSE com o PNI na Escola Municipal Margarida Serpa, na Cohab.....	55
Figura 32	Substituição dos formulários impressos pelos digitais, para a notificação de PSA no DS VIII.....	84
Figura 33	Fluxo de atendimento dos casos de PSA, suspeitos ou confirmados, no DS VIII.....	85
Figura 34	Fluxo com os prazos para cada etapa do fluxo de atendimento dos casos suspeitos ou confirmados de PSA no DS VIII.....	86
Figura 35	Educação permanente em saúde para eSFs da USF UR4/UR5, na Cohab.....	88
Figura 36	Educação em saúde, em conjunto com Assistente Social da eMulti, sobre PSA na USF Josué de Castro, no Ibura.....	89
Figura 37	Visita domiciliar compartilhada entre CAPS, eSF da USF Vila do Sesi (Ibura), eMulti e VSA, à PSA do DS VIII.....	89
Figura 38	Fórum Distrital de Saúde Mental sobre PSA, no DS VIII.....	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Disciplinas cursadas e carga horária pelo NCO.....	16
Quadro 2	Quantitativo das principais atividades realizadas na Vigilância Epidemiológica.....	25
Quadro 3	Quantitativo de atividades realizadas na Vigilância Sanitária.....	34
Quadro 4	Quantitativo por bairro, espécie e total geral de animais vacinados na campanha de vacinação antirrábica, no DS VIII, em 2024.....	38
Quadro 5	Quantitativo de atividades realizadas na Vigilância em Saúde Ambiental.....	49
Quadro 6	Quantitativo das principais atividades realizadas na eMulti-APS.....	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição do número de casos de PSA de resíduos/objetos no DS VIII , Recife/PE, por bairro e no total geral, contabilizados em fevereiro de 2025.....	84
Gráfico 2	Distribuição do quantitativo e tipos de atividades realizadas como estratégias para a gestão do cuidado da PSA, no DS VIII, Recife/PE, em 2025.....	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica
ACS - Agente Comunitário de Saúde
ASACEs - Agentes de Saúde Ambiental e Combate a Endemias
Bti - *Bacillus thuringiensis israelensis*
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
DDAB - Divisão Distrital de Atenção Básica
DS - Distrito Sanitário
DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DTHA - Doenças de transmissão hídrica e alimentar
EDLs - Estações Disseminadoras de Larvicida
eMulti-APS - Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde
eSF - equipe de Saúde da Família
GT - Grupo de Trabalho
GVACZ - Gerência de Vigilância Ambiental e Controle de Zoonoses
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
LIRAA - Levantamento rápido do índice de infestação por *Aedes aegypti*
MP - Ministério Público
NEPS - Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NCO - Núcleo Comum Obrigatório
PA - Ponto de Apoio
PE - Ponto Estratégico
PNI - Plano Nacional de Imunização
PSA – Pessoas em Situação de Acumulação
PSE - Programa Saúde na Escola
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RMR - Região Metropolitana do Recife
SESAU - Secretaria Municipal de Saúde
SEVS - Secretaria Executiva de Vigilância à Saúde
SINAN - Informação de Agravos de Notificação
SUS - Sistema Único de Saúde

TA - Transtorno de Acumulação

TCR - Trabalho de Conclusão da Residência

UFRPE - Universidade Federal Rural de Pernambuco

USF - Unidades de Saúde da Família

VE - Vigilância Epidemiológica

VIGIAGUA - Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

VISAT - Vigilância em Saúde do Trabalhador

VISA - Vigilância Sanitária

VSA - Vigilância em Saúde Ambiental

VS - Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

Capítulo I - Descrição das atividades do Programa de Residência em Saúde Animal Integrada à Saúde Pública.....	14
1. INTRODUÇÃO.....	14
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	15
2.1 Disciplinas cursadas.....	15
2.2 Atividades práticas e teórico-práticas.....	16
2.2.1 Caracterização do município de Recife.....	17
2.2.2 Caracterização do Distrito Sanitário VIII.....	18
2.2.3 Vigilância em Saúde.....	20
a) Vigilância Epidemiológica.....	21
b) Vigilância em Saúde do Trabalhador.....	25
c) Vigilância Sanitária.....	28
b) Vigilância em Saúde Ambiental.....	35
2.2.4 Divisão Distrital de Atenção Básica.....	49
a) Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.....	50
b) Programa Saúde na Escola.....	53
c) Política de Saúde Mental.....	55
2.2.5 Integração entre setores	57
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
4. REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICE A Trabalho apresentado na 4ª Mostra de Experiências Exitosas da 5ª Conferência de Saúde de Pernambuco.....	64
APÊNDICE B Roteiro de Inspeção - VISAT DS VIII.....	65
APÊNDICE C Memorial Descritivo para Estabelecimento com Atividade Veterinária- VISA DS VIII.....	69
APÊNDICE D Material digital de orientação sobre o fluxo de atendimento, confirmação diagnóstica e tratamento dos animais acometidos pela esporotricose - VSA do DS VIII.....	74
Capítulo II - Relato de experiência quanto às estratégias de gestão para o cuidado de pessoas em situação de acumulação no Distrito Sanitário VIII, Recife/PE, 2025.....	75

1. INTRODUÇÃO.....	76
2. METODOLOGIA.....	79
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	80
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
5. REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICE E Conteúdo do material em banner usado para realizar as ações de educação em saúde.....	95

Capítulo I – Descrição das atividades do Programa de Residência em Saúde Animal Integrada à Saúde Pública

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Residência em Saúde Animal Integrada à Saúde Pública foi instituído pela Lei nº 11.129, de 2005, na modalidade de pós-graduação *lato sensu* destinada a profissionais da área da saúde. O programa tem por finalidade a qualificação profissional para atuação em áreas estratégicas e prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE) oferta o Programa de Residência em Saúde Animal Integrada à Saúde Pública, estruturado em 11 áreas de concentração, dentre as quais está a Saúde Coletiva (Brasil, 2005).

O programa é desenvolvido em regime de tempo integral, com duração de 24 meses e carga horária total de 5.760 horas, das quais 80% correspondem a atividades práticas e 20% a atividades teóricas e teórico-práticas, distribuídas em jornada semanal de 60 horas. As atividades práticas foram distribuídas em sistema de rodízio, sendo o primeiro ano desenvolvido na Vigilância em Saúde (VS) e o segundo ano na atuação junto à Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (eMulti-APS), como também nas políticas de atenção à saúde do SUS. Dessa forma, o presente Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) tem como objetivo relatar as atividades e aprendizados, vivenciados ao longo da residência.

No âmbito da saúde, a vigilância compreende um conjunto de ações voltadas à proteção, promoção e prevenção, orientando intervenções destinadas a reduzir riscos e agravos à população. Trata-se de um campo interdisciplinar que articula conhecimentos relacionados ao planejamento em saúde, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida, situação sanitária das populações, meio ambiente e organização do trabalho. Nesse contexto, organiza-se em diferentes áreas de atuação: Vigilância Epidemiológica (VE); Vigilância em Saúde Ambiental (VSA); Vigilância Sanitária (VISA); e Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) (Fiocruz, 2026).

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a porta de entrada preferencial do SUS e corresponde ao nível inicial de cuidado. Realiza ações individuais e coletivas voltadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e acompanhamento contínuo. Seu propósito é oferecer cuidado integral, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população (Brasil, 2026).

Dessa forma, a eMulti-APS é um programa do Ministério da Saúde (MS) destinada ao fortalecimento da Atenção Primária no âmbito do SUS. A proposta consiste na atuação de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que trabalham de forma articulada com as equipes de Saúde da Família (eSF). Seu objetivo é ampliar o acesso, a cobertura e a capacidade de resolução da Atenção Primária, promovendo cuidado integral, integrado e apoio matricial às equipes de referência (Brasil, 2026).

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

2.1 Disciplinas cursadas

No início do cronograma da Residência, foram cursadas as disciplinas teóricas que compõem o Núcleo Comum Obrigatório (NCO), conforme apresentado no Quadro 1. Essas atividades tiveram por objetivo proporcionar fundamentação científica e alinhamento conceitual, favorecendo uma formação interdisciplinar. As aulas foram realizadas de forma presencial, nos meses de março e abril de 2024, no Departamento de Medicina Veterinária (DMV) da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), contemplando conteúdos essenciais para a atuação profissional dos residentes.

Ao longo do programa, as atividades teóricas subsidiaram as vivências práticas desenvolvidas. O Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) foi elaborado de forma articulada às experiências vivenciadas durante o curso e foi concluído em fevereiro de 2026.

Quadro 1. Disciplinas cursadas e carga horária pelo NCO

Disciplina Cursada	Núcleo Comum Obrigatório (NCO)
Bioética e Ética Profissional em Medicina Veterinária	NCO
Bioestatística	NCO
Epidemiologia e Medicina Veterinária Preventiva	NCO
Metodologia Científica	NCO
Políticas Públicas de Saúde	NCO
Vivências em Vigilância e Atenção Primária à Saúde	NCO
Vivências na Rede de Atenção à Saúde	NCO
Integração Ensino e Serviço	NCO
Seminário de Conclusão de Residência	NCO
Trabalho de Conclusão de Residência	NCO
Total	10

2.2 Atividades práticas e teórico-práticas

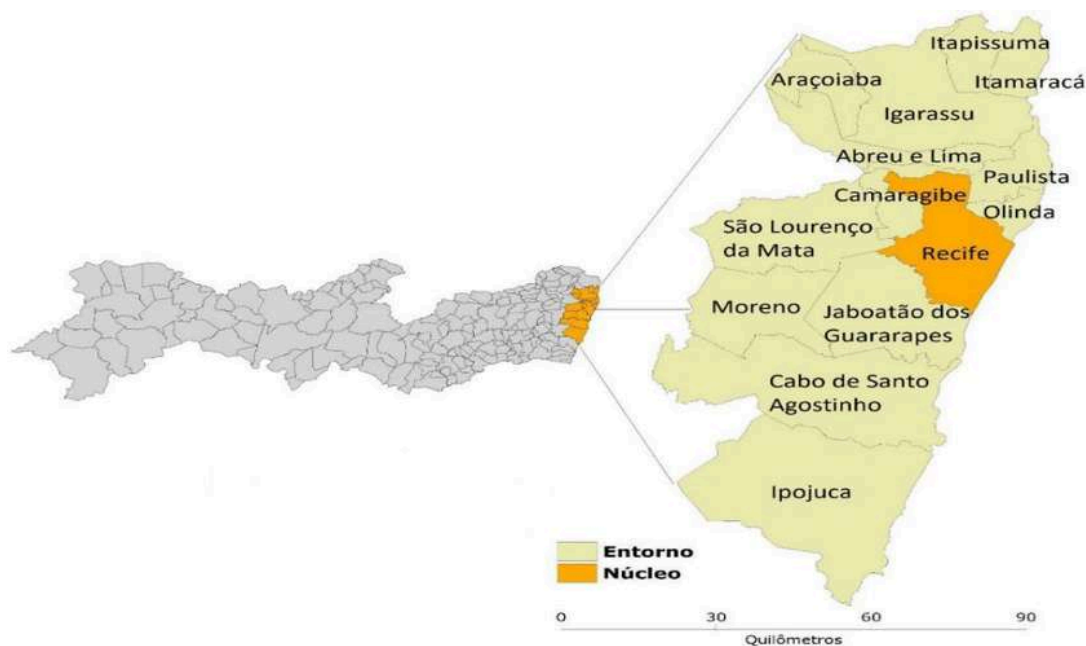
O cronograma do Programa de Residência prioriza o desenvolvimento de atividades práticas e teórico-práticas, às quais é destinada a maior parte da carga horária. Essas atividades correspondem a 4.608 horas, equivalentes a 80% da carga horária total do programa, possibilitando ao profissional residente ampla vivência nos cenários de prática e favorecendo a construção de conhecimentos e experiências profissionais.

As atividades práticas e teórico-práticas foram iniciadas após a conclusão das disciplinas cursadas no meses de março e abril de 2024, e foram desenvolvidas na Prefeitura Municipal de Recife/PE, especificamente na Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), dentro do Distrito Sanitário VIII (DS VIII) no âmbito da Vigilância em Saúde, equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, e nas demais políticas de atenção à saúde do SUS, que compõem a Divisão Distrital de Atenção Básica (DDAB).

2.2.1 Caracterização do município de Recife

O município de Recife, capital do estado de Pernambuco, foi fundado em 12 de março de 1537 e integra a Região Metropolitana do Recife (RMR) (Figura 1), configurando-se como o principal centro político, administrativo, econômico e cultural do estado. Está localizado no litoral oriental nordestino, possui uma complexa rede hidrográfica, composta principalmente pelos rios Capibaribe, Beberibe e Tejipió, além de canais e áreas estuarinas, o que influencia diretamente a organização urbana e as condições ambientais da cidade. Recife possui 94 bairros, que são agrupados em seis Regiões Político-Administrativas para o planejamento governamental.

Figura 1. Identificação geográfica da Região Metropolitana do Recife (RMR)



Fonte: Malha Municipal Digital do Brasil (IBGE-2010)

Possui uma dimensão territorial de aproximadamente 218,843 km², limita-se ao Norte com os municípios de Olinda e Paulista; ao Sul, com Jaboatão dos Guararapes; a Oeste, com Camaragibe e São Lourenço da Mata; e a Leste, é banhado pelo Oceano Atlântico. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no último censo em 2022, a população de Recife chegou ao total de 1.488.920 pessoas, mantendo-se como a cidade mais populosa do estado de Pernambuco e uma das mais significativas do Nordeste brasileiro (IBGE, 2025).

No âmbito da saúde, a SESAU Recife é responsável pela gestão das ações e serviços de saúde, atuando conforme os princípios do SUS. Para garantir a descentralização da gestão e a organização territorial da atenção à saúde, o município está estruturado em oito Distritos Sanitários (DS I a DS VIII), definidos a partir de critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos.

Os Distritos Sanitários constituem instâncias estratégicas de gestão local, responsáveis pelo planejamento e execução das ações de atenção, vigilância, promoção e prevenção em saúde, possibilitando maior proximidade entre os serviços e a população e favorecendo respostas mais adequadas às necessidades do território.

2.2.2 Caracterização do Distrito Sanitário VIII

O Distrito Sanitário VIII (DS VIII), do município do Recife, tem sua sede localizada na rua Escola de Sagres, nº 22, no bairro do Jordão. Cobre a área do extremo sul da cidade, seu limite territorial é composto ao norte pelo DS V, ao leste pelo DS VI, e ao sul e oeste pela cidade de Jaboatão dos Guararapes, compondo uma área limítrofe intermunicipal onde habitam, em média, uma população de 20.000 pessoas (Figura 2).

Figura 2. Distritos Sanitários do município de Recife



Fonte: RAG 2020. Recife, 2021

O DS VIII é responsável pela cobertura operacional da saúde nos bairros de Jordão, Ibura e Cohab, os quais apresentam características predominantemente urbanas e expressiva densidade populacional. Estão ainda, dentro do território do distrito, um trecho da BR-101 e o Aeroporto Internacional do Recife.

Do ponto de vista demográfico, é caracterizado por uma população total de 149.798 habitantes, onde a maior parte possui entre 20 e 59 anos, são do gênero feminino e compõem famílias de baixa renda (SESAU Recife, 2022). A ocupação do espaço ocorreu de forma progressiva, marcada por áreas de adensamento populacional em morros e por desigualdades na distribuição da infraestrutura urbana (Figura 3).

Figura 3. Uma das áreas populosas do DS VIII (Buraco da Gata, Cohab)



Fonte: Arquivo pessoal, 2024

Sob a perspectiva social, o DS VIII apresenta importantes vulnerabilidades, evidenciadas por condições socioeconômicas desfavoráveis na maior parte do território como limitações no acesso a serviços públicos, precariedade habitacional, em áreas específicas, e déficits de saneamento básico. Tais fatores contribuem para a persistência de agravos sociais e impactam diretamente as condições de saúde da população residente.

No que se refere aos aspectos de saúde, dispõe de uma rede de serviços organizada e capilarizada, composta por 26 Unidades de Saúde da Família (USF), onde 13 dessas unidades possuem o horário de atendimento estendido até as 19:00 e

por isso são denominadas de Unidade de Saúde da Família Mais (USF+). Há também, dentre os equipamentos de saúde, uma policlínica com maternidade, uma Unidade de Pronto Atendimento de Especialidades (UPAE) municipal, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) estadual, três Polos de Academia da Cidade (PAC), e está em construção, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com endereço no território.

2.2.3 Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde (VS) constitui um eixo estratégico do SUS, sendo responsável pelo monitoramento contínuo das condições de saúde da população, com foco na prevenção de riscos, controle de agravos e promoção da saúde. Suas ações são orientadas pela análise sistemática de dados epidemiológicos, sanitários, ambientais e relacionados à saúde do trabalhador, permitindo a identificação precoce de eventos adversos à saúde e subsidiando o planejamento, a tomada de decisões e a formulação de intervenções oportunas e eficazes (SESAU Recife, 2022).

No âmbito das políticas públicas, a VS é organizada de forma integrada, conforme diretrizes nacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde, destacando-se a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), que reforça a articulação entre quatro vigilâncias. Essas ações contribuem para a redução da morbimortalidade, o fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde e a garantia do direito à saúde, especialmente em contextos de vulnerabilidade social, configurando-se como instrumento fundamental para a proteção da saúde coletiva e a qualificação da gestão em saúde (Brasil, 2018).

A VS, é vinculada à SESAU Recife, e coordenada pela Secretaria Executiva de Vigilância à Saúde (SEVS), atua de forma integrada e descentralizada, desempenhando papel estratégico no monitoramento dos agravos, na identificação de riscos e no suporte ao planejamento das ações de saúde. No âmbito do DS VIII, suas atividades são desenvolvidas de maneira territorializada, em articulação com a Atenção Primária e demais setores da gestão distrital, contribuindo para promoção da saúde no território (SESAU Recife, 2022).

a) Vigilância Epidemiológica

De acordo com a lei nº 8080 de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que regula o SUS no Brasil, a Vigilância Epidemiológica (VE) é entendida como:

Um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (Brasil, 1990).

A VE do DS VIII, é composta por uma equipe de 12 pessoas. Destes, sete profissionais são de nível superior: um médico; três enfermeiros; uma bióloga; um médico-veterinário; um sanitarista, e cinco profissionais de nível médio: uma Agente Comunitária de Saúde (ACS); uma Agente de Saúde Ambiental e Controle de Endemia (ASACE); e três digitadores. Os serviços prestados envolvem o monitoramento e notificação de agravos como Tuberculose, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Hanseníase, prevenção à Raiva, Esporotricose, Óbitos infantis, Acidentes com Animais Peçonhentos, Violência autoprovocada, entre outros. Fica localizada no primeiro andar do prédio sede do distrito.

A vivência na VE, foi realizada em dois períodos distintos, o primeiro ocorreu entre os meses de maio a junho de 2024, e o segundo nos meses de novembro e dezembro de 2025. No primeiro mês de atividades no setor, foram acompanhadas as atividades do médico-veterinário responsável pelos agravos de zoonoses como esporotricose, raiva e toxoplasmose.

Durante essa fase, foram realizadas atividades de notificação em fichas específicas, registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), acompanhamento dos casos até o desfecho e arquivamento da documentação. Também, foi possível conhecer e utilizar o Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) para a verificação de resultados de exames, bem como realizar diversas buscas ativas com o objetivo de obter informações pendentes, das fichas de notificação de atendimento antirrábico humano, provocados por ataques de animais domésticos, como cães e gatos, visando ao monitoramento e à conclusão do esquema vacinal humano para a prevenção da raiva (Figura 4).

Figura 4. Busca ativa de notificação de atendimento antirrábico-humano



Fonte: Arquivo pessoal, 2024

No mês seguinte, além de continuar as atividades relacionadas às zoonoses, iniciou-se o acompanhamento de casos notificados para sífilis congênita e adquirida, óbito infantil, óbito por doença de Chagas e arboviroses. Na notificação do óbito por Chagas, foi realizada a investigação através do levantamento de arquivos e fichas médicas dispostas na SEVS, como também da busca ativa, juntamente com a ACS e enfermeira da equipe de saúde que cobriam a área de residência do caso.

Durante a visita domiciliar, o diagnóstico da doença foi confirmado a partir da análise do histórico de exames realizados ao longo da vida do paciente, bem como de relatos fornecidos por seus familiares acerca das condições de moradia durante a infância e a adolescência. Dessa forma, a conclusão do caso ocorreu mediante o envio de relatório à SEVS. No que se refere aos casos notificados de sífilis, foram acompanhados os processos de digitação e envio dos boletins de monitoramento das doses do tratamento aos pacientes com resultado positivo para o agravo, além da supervisão do tratamento dos parceiros sexuais de gestantes notificadas nas unidades de saúde.

Também nesse período de vivência na VE, ocorreu a oportunidade de atuar, durante um mês, como responsável pelo acompanhamento dos agravos relacionados à sífilis e aos óbitos infantis. Para o monitoramento dos casos de sífilis, foram

realizados o cadastramento das fichas de notificação no SINAN, a alimentação e atualização de planilhas referentes aos casos de sífilis adquirida e em gestantes, bem como o preenchimento e envio dos boletins de monitoramento das doses, dentro dos intervalos recomendados para a conclusão do tratamento.

Na coordenação dos casos por óbito infantil, foram realizadas buscas de documentos pendentes junto às unidades de saúde, policlínicas e hospitais, com o intuito de realizar a investigação, digitação, discussão e conclusão dos relatórios finais sobre cada caso, no tempo oportuno de 120 dias, contados a partir do momento da notificação do óbito até o envio do relatório final à SEVS.

A discussão dos casos é realizada de maneira remota e visa reunir as equipes e profissionais de saúde que, em algum momento, atenderam o paciente (Figura 5). Trata-se de uma etapa importante, pois permite que os profissionais se auto avaliem quanto aos seus processos de trabalho, com o objetivo de trocar experiências e garantir a melhoria do atendimento aos próximos pacientes.

Figura 5. Reunião para Discussão de Óbito Infantil



Fonte: Arquivo pessoal, 2024

Durante esse período, foi possível participar de algumas capacitações e cursos, importantes para a educação continuada dos profissionais de saúde. Uma dessas capacitações foi realizada on-line, promovida pelo Ministério da Saúde, com foco na esportricrose humana (Figura 6). A atividade teve como objetivo atualizar os profissionais de saúde quanto aos critérios de diagnóstico e às condutas terapêuticas recomendadas, além de fortalecer o reconhecimento clínico e epidemiológico do

agravo. Ao longo da capacitação, foram discutidos casos reais, os quais contribuíram para a compreensão das diferentes formas de apresentação da doença, bem como para a qualificação da vigilância, do manejo oportuno e da notificação adequada dos casos no território.

Figura 6. Apresentações sobre esporotricose humana pelo Ministério da Saúde

CASO 1



MEDICAMENTO	DOSE	VIA	FREQUÊNCIA	TEMPO DE TRATAMENTO
ITRACONAZOL	Adultos - 100-200 mg/dia	Oral	1 x/dia (após principal refeição)	Até 1 mês após desaparecimento dos sinais clínicos/lesões
	Crêmbas - 5-10 mg/kg/dia			
TERBINAFINA	Adultos - 250-500 mg/dia	Oral	1 x/dia	Idem ao itraconazol
	Crêmbas - 125 mg/dia			
SOLUÇÃO SATURADA DE IODETO DE POTÁSSIO (manipular 50 g de iodeto de potássio em 20 ml de água destilada (uso com conta-gotas))	Adultos - 5 gotas, aumentar 1 gota/armada/dia até atingir:	Oral	2 x/dia (após refeições, com suco ou leite). Não tomar puro	Idem ao itraconazol
	Crêmbas - 20 kg: 10 gotas, 2x/dia 30-40 kg: 15 gotas, 2x/dia > 40 kg: 20-25 gotas, 2x/dia			

Formas localizadas

Fonte: Arquivo pessoal, 2024

Foram acompanhadas, ainda em 2024, ações de prevenção e controle das IST com a distribuição, às unidades de saúde, dos novos testes rápidos que possibilitam a detecção simultânea de sífilis e HIV em pacientes com suspeita clínica. Como também um treinamento promovido pela SEVS, no Compaz do Ibura, com o objetivo de orientar os gerentes das unidades de saúde sobre os fluxos de notificação e tratamento das IST, hepatites, esporotricose humana e raiva humana (Figura 7).

Figura 7. Treinamento sobre esporotricose humana, raiva humana e IST



Fonte: Arquivo pessoal, 2024

No segundo período de vivência na VE, de novembro e dezembro de 2025, foi possível acompanhar mais buscas ativas para investigação de casos de toxoplasmose congênita, vacinação antirrábica, esporotricose e arboviroses. Foram entregues e

recolhidos boletins de acompanhamento do tratamento de sífilis e tuberculose, os dois principais agravos que acometem os usuários do SUS no território do DS VIII. O Quadro 2 detalha o quantitativo das principais atividades desenvolvidas durante os dois períodos de vivências na VE.

Quadro 2. Quantitativo das principais atividades realizadas na Vigilância Epidemiológica

Atividades	Nº	%
Qualificação de fichas de notificação de agravos	53	32,72
Tabelas e Boletins de sífilis e tuberculose	35	21,60
Busca ativa	33	20,37
Capacitação/Reunião	18	11,11
Investigação de agravo	15	9,26
Digitação casos óbito infantil	05	3,09
Elaboração de fluxo para educação em saúde	03	1,85
Total	162	100,00

b) Vigilância em Saúde do Trabalhador

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) compreende um conjunto articulado de ações voltadas à promoção da saúde, à prevenção da morbimortalidade e à redução de riscos e vulnerabilidades entre a população trabalhadora. Essas ações devem ser desenvolvidas de maneira contínua e sistemática, com o objetivo de identificar, compreender, investigar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes laborais, considerando seus diferentes aspectos tecnológicos, sociais, organizacionais e epidemiológicos (Brasil, 2026).

A VISAT do DS VIII fica localizada na mesma sala que a VE, no prédio sede do distrito, a equipe é composta por dois profissionais de nível superior, que dividem as atividades pertinentes ao setor. o período de vivência aconteceu em dois meses, um em julho de 2024 e outro em outubro de 2025. No primeiro mês, foi acompanhando o

processo de trabalho, no que compreende a busca ativa para levantamento de dados que qualificam as fichas de notificação de acidentes de trabalho, além das investigações com inspeções nas empresas onde se havia denúncias sobre situações de riscos laborais.

Realizou-se, a partir dessas inspeções, um levantamento das empresas localizadas no distrito, com o objetivo de realizar visitas para promover uma breve apresentação aos trabalhadores sobre saúde de maneira geral, bem como sobre a prevenção das IST. Durante tais visitas, foi observada a dificuldade dos trabalhadores, especialmente do gênero masculino, em buscar os serviços de saúde, com a justificativa da incompatibilidade entre os horários de trabalho e o funcionamento dos serviços de saúde.

Esse comportamento contribui para o aumento na prevalência de agravos evitáveis, como as IST, e de transtornos mentais estigmatizados, a exemplo da depressão. Diante dessa realidade, realizaram-se ações educativas no ambiente de trabalho, com foco no estímulo ao autocuidado e na aproximação dos trabalhadores aos serviços da Atenção Básica (AB) disponíveis nas unidades de saúde.

O principal objetivo, dessas ações, foi ampliar a procura dos trabalhadores do sexo masculino pelos serviços de saúde, promovendo o diagnóstico precoce e a prevenção de agravos prevalentes, especialmente relacionados às IST e à saúde mental. Por meio de palestras e materiais educativos, os empregadores foram envolvidos na promoção da saúde de seus colaboradores, enquanto os trabalhadores foram orientados quanto à prevenção das IST, aos cuidados com a saúde mental, à vacinação do adulto, ao acesso às marcações de consultas e ao fluxo de atendimento do SUS no território.

Durante as palestras (Figura 8), foram distribuídos materiais gráficos, cadernetas de saúde do homem e preservativos. Os empregadores foram sensibilizados a flexibilizar horários de trabalho, a fim de possibilitar a presença dos colaboradores nas consultas agendadas, favorecendo a autonomia no cuidado à saúde e o fortalecimento do vínculo com as equipes de saúde. A realização das ações de educação em saúde evidenciou, segundo a gestão das empresas, o fortalecimento do vínculo entre trabalhadores, empregadores e o SUS. Conforme destacam Araújo e

Palma (2017), a vigilância em saúde mental relacionada ao trabalho enfrenta desafios que demandam ações integradas no território, aspecto observado nesta experiência na integração da VISAT e as empresas.

De acordo com Nascimento e Silva Júnior (2024), a atenção à saúde do trabalhador é essencial para a qualidade de vida e produtividade. Os indicadores que apontarão melhoras na produção e qualidade de vida dos colaboradores, através da redução de afastamentos por doenças poderão ser observados num prazo maior de tempo e na constância das ações entre VISAT e empresas. Como resultado desse trabalho, foi elaborado um trabalho intitulado *Vigilância da saúde do trabalhador: uma ferramenta potente para a promoção da saúde no território*, submetido e aprovado para apresentação na modalidade oral à distância, na 4ª Mostra de Experiências Exitosas em Conferências de Saúde de Pernambuco, que aconteceu dentro da 5ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (APÊNDICE A).

Figura 8. Palestras da VISAT nas empresas do território do DS VIII



Fonte: Arquivo pessoal

Outro trabalho importante, desenvolvido a partir das inspeções nas empresas, em conjunto com o coordenador da VISAT do DS VIII, foi da elaboração do roteiro de inspeção (APÊNDICE B). O uso de tal instrumento na rotina de trabalho, favorece o registro sistemático de riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais nos ambientes laborais, contribuindo para a conformidade com as normas sanitárias, as normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho e a legislação vigente.

Dessa forma é possível promover a padronização das inspeções, qualificando a tomada de decisão e orientando as ações de intervenção da vigilância, além de atuar como ferramenta educativa ao esclarecer empregadores sobre as exigências técnicas

para a promoção de ambientes de trabalho saudáveis. No segundo mês de vivência na VISAT do DS VIII, em outubro de 2025, foram realizadas ações de educação em saúde para mototaxistas com o objetivo de reduzir as ocorrências de acidente de moto, no trecho de BR, no território (Figura 9).

Figura 9. Educação em saúde da VISAT do DS VIII para mototaxistas



Fonte: Arquivo pessoal, 2024

Além da prevenção de acidentes de trânsito, na abordagem da promoção de práticas seguras ao dirigir, o uso adequado de equipamentos de proteção individual, as ações também conscientizaram quanto à prevenção das IST, com entrega de preservativos e folhetos informativos. Outros temas abordados foram sobre saúde mental e a importância de se procurar, no tempo oportuno, os serviços de saúde nas USF. Dessa forma, tais intervenções podem contribuir para a redução da morbimortalidade relacionada ao trabalho, promovem a melhoria das condições de saúde e ampliam o acesso desses trabalhadores às ações da rede de atenção no território.

c) Vigilância Sanitária

De acordo com a lei nº 8080 de 1990, a Vigilância Sanitária (VISA) é responsável por ações voltadas à prevenção, redução ou eliminação de riscos à saúde, atuando sobre fatores relacionados ao meio ambiente, à produção e circulação de bens e à prestação de serviços de interesse sanitário. Sua organização ocorre de forma descentralizada, abrangendo as esferas federal, estadual e municipal, com atribuições específicas e complementares (Brasil, 1990).

No âmbito federal, a atuação é exercida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), responsável pela coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e pela normatização das ações sanitárias. Em Pernambuco é representada pela Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA), que executa ações complementares e presta apoio técnico aos municípios. No nível municipal, a VISA é a principal executora das ações, realizando fiscalizações e atividades educativas em estabelecimentos de interesse à saúde, como comércio de alimentos e serviços de saúde, por meio de equipes multiprofissionais que atuam em diferentes turnos.

A VISA do DS VIII fica no andar térreo, do prédio sede do distrito, a equipe é composta por sete profissionais de nível superior, sendo uma médica-veterinária, uma química, uma bióloga e quatro nutricionistas. Os serviços prestados envolvem o monitoramento e inspeções de estabelecimentos mais diversos como: serviço de saúde; alimentos; ensino; controle de saneantes e cosméticos; assistência farmacêutica; e demais serviços de interesse a saúde, como creches, hotéis, academias, funerárias, salões de beleza, entre outros.

O período de vivência neste setor foi de agosto a outubro de 2024. Durante o mês de agosto, foram acompanhadas inspeções sanitárias em estabelecimentos de serviços de saúde, como clínicas odontológicas e academias; em estabelecimentos de ensino, a exemplo de escolas particulares de educação infantil; e em estabelecimentos relacionados à comercialização de alimentos, como mercadinhos, padarias, restaurantes e salgaterias. No mesmo período, acompanhou-se a análise de documentos inseridos no sistema para a abertura de processos de licenciamento sanitário desses estabelecimentos.

Durante as inspeções, observou-se que muitos dos estabelecimentos apresentavam falhas que comprometiam a segurança da população. As inconformidades identificadas eram variadas, abrangendo desde inconsistências na documentação anexada aos processos de entrada no licenciamento sanitário até irregularidades críticas relacionadas à estrutura física e às condições de higiene dos ambientes (Figura 10). Tais falhas impactavam diretamente a qualidade e a segurança dos produtos fabricados e/ou comercializados, bem como dos serviços prestados, configurando um relevante problema de saúde pública.

Ao refletir sobre os possíveis fatores que podem ser determinantes para estas inadequações, observa-se que o perfil dos empreendedores periféricos é marcado pela vulnerabilidade social e defasagem educacional, assim, muitos enfrentam dificuldades para compreender e atender às exigências legais e às etapas necessárias para abertura e manutenção de estabelecimentos em conformidade com a legislação sanitária, o que reforça a importância de ações educativas e orientadoras por parte da VISA.

Nesse contexto, fica evidente compreender a importância da atuação da Visa, sob perspectiva da educação e orientação, e não apenas para punição, mesmo possuindo poder de escolha, garantido por lei, para decidir a melhor ação (interdição, multa, notificação) sem precisar de autorização judicial prévia.

A Vigilância Sanitária desempenha a função de reconhecer situações que possam representar risco à saúde coletiva e de organizar estratégias de controle voltadas à proteção da população. Sua atuação vai além do cumprimento das normas legais e das ações fiscalizatórias, abrangendo também atividades de comunicação e educação em saúde, o aprimoramento de sistemas de informação, o acompanhamento da qualidade de produtos e serviços e a vigilância de eventos adversos com impacto epidemiológico (Forti, 2024).

Figura 10. Inspeção em padaria com diversas áreas críticas: estrutura com revestimento do teto comprometido (figura A); utensílios sujos e impróprios (figura B); insumos mal acondicionados (figura C); presença de pragas na área de produção (figura D); e sujeira acumulada na pia de higienizar os utensílios (figura E)



Fonte: Arquivo pessoal, 2024

Na inspeção inicial, os inspetores orientavam os responsáveis quanto aos pontos críticos que necessitavam de adequações, com o objetivo de avaliar as melhorias em uma segunda visita, realizada sem aviso prévio, porém dentro de um prazo estabelecido. Na reinspeção, observava-se de forma evidente a implementação das mudanças no estabelecimento (Figura 11), o que demonstrava o impacto positivo da atuação educativa realizada pela VISA. A educação sanitária contribui para que a população conheça e exerça seus direitos, ao mesmo tempo em que fortalece a articulação entre a vigilância sanitária, os contribuintes e os demais atores envolvidos no processo de empoderamento social, favorecendo o exercício da cidadania (Santos; Fontoura, 2020).

Figura 11. Reinspeção em padaria com correção das áreas críticas



Fonte: Arquivo pessoal, 2024

Ainda neste mês, iniciou-se a elaboração de cartilhas para orientação de entrada no licenciamento sanitário de estabelecimentos de baixo risco como padarias, escolas, lanchonetes e mercadinhos, como também foi elaborada uma cartilha específica com orientações sobre o processo de licenciamento sanitário para estabelecimentos de alto risco, em específico para clínicas odontológicas, os quais necessitam do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) sendo este, um documento técnico obrigatório que estabelece procedimentos para o manejo seguro de resíduos gerados por hospitais, clínicas, consultórios, estúdios de

tatuagem e serviços veterinários, garantindo a proteção da saúde pública e do meio ambiente (Figura 12).

Figura 12. Capas das cartilhas elaboradas para orientação no processo de licenciamento sanitário



Fonte: Arquivo pessoal, 2024

O uso dessas cartilhas, na rotina de trabalho da VISA do DS VIII, resultou em um trabalho intitulado *Guias educativos para contribuintes: esclarecendo o processo de licenciamento sanitário*, o qual foi aprovado para apresentação na modalidade e-pôster no *I Seminário de Experiências Exitosas da Secretaria de Saúde do Município do Recife*, realizado em novembro de 2024.

No mês de setembro, por solicitação da equipe VISA do distrito, foi elaborada uma apresentação abordando as atuais normas para as inspeções em estabelecimentos veterinários, como clínicas, pet shops e serviços de banho e tosa, tendo como base a resolução Nº 1275/2019 do Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV), bem como as legislações estaduais e municipais vigentes (Figura 13).

Os materiais produzidos nestas apresentações, contribuíram na elaboração do roteiro de inspeção em clínicas veterinárias pela coordenação da VISA do DS VIII. Também foi elaborado um documento de apoio para os contribuintes que exercem atividade veterinária, o *Memorial Descritivo para Estabelecimento com Atividade Veterinária* (APÊNDICE C), uma vez que é um documento exigido para o licenciamento sanitário, pela VISA Recife, mas que não existe um modelo padrão, o que gera muito erro de envio deste documento.

Este documento técnico detalha todas as atividades realizadas em um estabelecimento. Ele descreve os processos, equipamentos, fluxos de trabalho e medidas de higiene adotadas, garantindo que o local esteja em conformidade com as normas da vigilância sanitária. A elaboração do material baseou-se na análise realizada pela VISA do distrito, a qual identificou dificuldades enfrentadas pelos contribuintes na preparação dessa documentação. O material ficará disponível como instrumento norteador de apoio, nos casos em que persistirem dificuldades na elaboração desse documento.

Figura 13. Educação continuada em saúde para inspetores sobre estabelecimentos veterinários



Fonte: Arquivo pessoal, 2024

Como ação de educação em saúde, foi ofertado um curso sobre boas práticas na manipulação de alimentos, direcionado aos comerciantes responsáveis pela produção e comercialização de alimentos nos mercados públicos do DS VIII (Figura 14). A iniciativa teve como objetivo qualificar os manipuladores quanto às normas higiênico-sanitárias, contribuindo para a prevenção de contaminações e para a redução do risco por surtos de Doenças de transmissão hídrica e alimentar (DTHA), fortalecendo a vigilância sanitária e a proteção da saúde da população do território.

Os surtos alimentares constituem eventos de saúde pública de notificação compulsória imediata. No Brasil, no período de 2007 a 2020, foram notificados, por ano, uma média de 662 surtos de DTHA, com o envolvimento de 156.691 doentes (média de 17 doentes/surto), 22.205 hospitalizados e 152 óbitos. O sistema de informação em saúde utilizado para registro das notificações de agravos e doenças no Brasil é o SINAN (Brasil, 2026).

De acordo com os boletins epidemiológicos da SESAU Recife, o DS VIII se apresenta como um dos distritos com menos casos de surtos por DTHA, o que levanta a hipótese da subnotificação, uma vez que é um território marcado pela alta densidade populacional e saneamento básico precário, fatores que favorecem a ocorrência de surtos associados à contaminação de alimentos, decorrente de práticas inadequadas de manipulação e/ou acondicionamento.

Figura 14. Curso de boas práticas de manipulação de alimentos destinado aos comerciantes de alimentos do distrito



Fonte: Arquivo pessoal, 2024

O Quadro 3 detalha o quantitativo das principais atividades desenvolvidas durante os três meses de vivência na VISA do DS VIII.

Quadro 3. Quantitativo de atividades realizadas na Vigilância Sanitária

Atividades	Nº	%
Inspeções Sanitárias	67	88,5
Cartilhas elaboradas	2	2,5
Apresentações de cursos	2	2,5
Capacitação	2	2,5
Documento elaborado - Memorial Descritivo	1	1,30
Total	74	100,0

d) Vigilância em Saúde Ambiental

A saúde ambiental constitui um importante eixo da saúde pública, dedicada a estudar e reduzir os efeitos prejudiciais que os fatores ambientais, de origem natural ou decorrentes das atividades humanas, exercem sobre a saúde da população. É uma área que integra bases científicas, formulação de políticas públicas e intervenções práticas, com o objetivo de promover melhores condições de vida, orientadas pelos princípios da sustentabilidade (Brasil, 2026).

Nesse contexto, a Vigilância em Saúde Ambiental (VSA), sob coordenação do Ministério da Saúde, configura-se como um conjunto de ações destinadas à identificação, ao acompanhamento e ao monitoramento de alterações nos determinantes ambientais que possam repercutir na saúde humana.

A VSA do Recife é regulamentada por legislação municipal específica, instituída pelo Decreto nº 19.187/2002, que criou o Programa de Saúde Ambiental, sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde com a colaboração de demais órgãos do município, especialmente a Autarquia de Manutenção e Limpeza Urbana (EMLURB), Coordenadoria de Defesa Civil do Recife (CODECIR), Diretoria Executiva de Controle Urbano (DIRCON) e Secretaria de Saneamento (Recife, 2002).

O programa tem por objetivo estruturar uma política pública orientada pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, abrangendo o planejamento, a implementação e a avaliação de ações e serviços voltados ao meio ambiente. Essas ações buscam promover e proteger a saúde da população do Recife, por meio da identificação, prevenção e mitigação de situações e fatores de risco relacionados à ocorrência de doenças e agravos à saúde.

Em todo o município, o Programa de Saúde Ambiental conta com aproximadamente 800 Agentes de Saúde Ambiental e Controle de Endemias (ASACE). Esses profissionais foram incorporados ao SUS a partir da Lei nº 11.350/2006 e reconhecidos como profissionais de saúde pela Lei nº 14.536/2023 (Brasil, 2006; Brasil, 2023). Atuam de forma territorializada e integrada aos distritos sanitários, com atribuições que incluem a realização de visitas domiciliares e inspeções em imóveis, o desenvolvimento de ações educativas junto à população, a

orientação quanto à eliminação de criadouros e situações de risco, além da coleta e do registro de informações para os sistemas de vigilância.

A VSA do DS VIII dispõe de uma equipe composta por 66 ASACEs em campo, distribuídos em nove equipes. Destas, três equipes estão alocadas no bairro do Ibura, duas no bairro do Jordão e quatro no bairro da Cohab. A equipe interna é formada por nove supervisores de campo, dois supervisores de monitoramento, um supervisor da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua), uma supervisora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), um supervisor responsável pelos Pontos Estratégicos (PE) e um supervisor geral, totalizando 15 profissionais.

O início das atividades no setor coincidiu com o período de planejamento e execução da campanha de vacinação antirrábica animal para cães e gatos do município, que ocorreu em novembro de 2024. A campanha habitualmente acontece em período anual, executada pelas equipes da VSA dos distritos e planejada, a nível de gestão municipal, pela Gerência de Vigilância Ambiental e Controle de Zoonoses (GVACZ).

É um evento dividido em três etapas: pré campanha; dia “D” de vacinação; e pós campanha. Durante a primeira etapa, foi possível acompanhar o planejamento interno, incluindo a organização logística, a definição de estratégias territoriais e a capacitação das equipes envolvidas. Também foram acompanhados os treinamentos, teóricos e práticos, destinados aos profissionais responsáveis pela vacinação, abordando aspectos técnicos, fluxos operacionais e orientações quanto ao manejo adequado das vacinas e dos animais.

Durante a realização do Dia “D” de vacinação, no dia 09 de novembro de 2024, houve participação direta na imunização de animais (Figura 15), em um ponto de vacinação instalado na USF Alto da Jaqueira, localizada no bairro do Jordão. Além disso, foram realizadas atividades de monitoramento, incluindo o controle da temperatura dos imunobiológicos e o registro das doses administradas, bem como a orientação aos responsáveis dos animais quanto às condições gerais de saúde de animais que apresentavam sinais de euforia ou fadiga excessiva.

Neste mesmo dia, após o horário de encerramento da vacinação, nos 30 pontos distribuídos pelo DS VIII, ocorreu a organização dos materiais utilizados e a consolidação dos resultados alcançados, permitindo a análise da cobertura vacinal no território e a identificação de áreas prioritárias para ações complementares.

Figura 15. Imunização de animais na campanha antirrábica do município de Recife, no DS VIII



Fonte: Arquivo pessoal, 2024

Nas semanas posteriores ao dia “D” de vacinação, acompanharam-se visitas domiciliares nos endereços cadastrados pela VSA que possuíam cinco ou mais animais, entre cães e gatos (Figura 16). Essas ações tiveram como objetivo garantir a imunização de animais que não haviam sido vacinados nos pontos fixos, seja pela dificuldade de deslocamento dos responsáveis, pela ausência de hábito de saída do domicílio ou pela presença de animais semi-domiciliados e de difícil contenção.

Figura 16. Busca ativa para imunização de animais



Fonte: Arquivo pessoal, 2024

Ao longo de todas as três etapas que compõem a campanha antirrábica, foram vacinados no DS VIII, um total de 20.475 animais, destes, 13.351 cães e 7.124 gatos, evidenciando o alcance das ações desenvolvidas e a efetividade das estratégias adotadas pela equipe. O Quadro 4 detalha o quantitativo de animais vacinados, na campanha de 2024, no distrito.

Quadro 4. Quantitativo por bairro, espécie e total geral de animais vacinados na campanha de vacinação antirrábica, no DS VIII, em 2024.

Bairros	Cães	Gatos	Animais no Total	%
Cohab	7.006	3.704	10.710	52,31
Ibura	4.084	2.382	6.466	31,58
Jordão	2.261	1.038	3.299	16,11
Total Geral	13.351	7.124	20.475	100,00

A campanha de vacinação antirrábica animal constitui uma das principais estratégias de prevenção da raiva, agravo de elevada letalidade e relevância para a saúde pública. A imunização de cães e gatos, tendo como ponto fixo a sala da VSA do DS VIII, acontece todas às quartas-feiras do ano e reforça o rompimento do ciclo de transmissão do vírus, protegendo tanto os animais quanto as pessoas, especialmente em territórios com maior vulnerabilidade social, próximos de matas e presença significativa de animais não domiciliados. Dessa forma, a campanha fortalece as ações de vigilância, contribui para a redução do risco de transmissão da raiva humana e reafirma a importância das ações preventivas no âmbito do SUS.

Durante o mês de dezembro de 2024, foram acompanhadas ainda, as supervisões dos PEs, locais com alto potencial para a formação de criadouros do *Aedes aegypti*, vetor das principais arboviroses, devido à presença de recipientes capazes de acumular água parada. No Recife, esses espaços são monitorados de forma intensiva e quinzenal pelos ASACEs e supervisionados pelo coordenador semanalmente, conforme o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD). No DS VIII, existem no total 31 PEs distribuídos da seguinte forma: 13 no Ibura; oito no

Jordão; e dez na Cohab. Estão em locais como borracharias, ferro-velhos, pontos de materiais recicláveis, quintais de Pessoas em Situação de Acumulação (PSA) de resíduos (Figura 17) e garagens de empresas de grandes veículos.

Figura 17. PE: Quintal de PSA, com diversos recipientes acumulando água



Fonte: Arquivo pessoal, 2024

Dentro das áreas definidas como PEs, são distribuídas e monitoradas às Estações Disseminadoras de Larvicida (EDLs) (Figura 18), dispositivos estratégicos que utilizam o próprio comportamento do mosquito para ampliar o alcance do controle das larvas, promovendo a transferência do larvicida de áreas tratadas para criadouros não tratados, funcionando como uma tecnologia de controle populacional de mosquitos.

No Distrito Sanitário VIII, há um total de 116 EDLs, sendo 55 localizadas na Cohab, 15 no Jordão e 46 no Ibura. Consistem em recipientes plásticos com água, para atrair o *Aedes aegypti*, revestidos internamente por um tecido escuro umedecido e impregnado com larvicida em pó de granulometria fina (Fiocruz, 2026).

Ao pousar na superfície da EDL, o mosquito adulto entra em contato com o larvicida, que se fixa em suas patas e no corpo. Considerando que as fêmeas do *Aedes* realizam a postura de ovos de forma fracionada, visitando diversos criadouros, elas acabam transportando o larvicida para esses locais. Assim, os recipientes

contaminados passam a funcionar como armadilhas eficazes, impedindo o desenvolvimento das formas imaturas do vetor (Fiocruz, 2026).

Figura 18. Manutenção de EDL localizada em área de ferro velho



Fonte: Arquivo pessoal, 2024

Esses recipientes permitem a aplicação adequada de agentes biológicos, como o *Bacillus thuringiensis israelensis* (Bti) (Figura 19), que atuam de forma seletiva no controle das larvas do *Aedes aegypti*, sem causar danos ao meio ambiente ou à saúde humana. A manutenção periódica dessas estações, garante o correto funcionamento das disseminadoras, assegurando a dosagem adequada do larvicida, a cobertura eficiente das áreas de risco e a efetividade das ações de controle vetorial. Dessa forma, contribui-se para a redução dos criadouros, a interrupção do ciclo de transmissão e o fortalecimento das ações de vigilância e prevenção da dengue no território.

Figura 19. Agente biológico utilizado nas EDLs



Fonte: Arquivo pessoal, 2024

Ainda em dezembro de 2024, foram acompanhadas as denúncias realizadas por moradores dos bairros cobertos pelo DS VIII, totalizando três registros relacionados à infestação por ratos. A ocorrência desses roedores em ambientes urbanos e rurais representa um importante problema sanitário devido ao seu papel na transmissão de diversas doenças ao ser humano.

Esses animais integram a cadeia epidemiológica de mais de trinta agravos, destacando-se, no contexto brasileiro, a leptospirose, a peste e as hantavirose. A leptospirose registra, em média, 3.200 casos anuais no país, com elevada taxa de letalidade. As hantavirose, identificadas no Brasil desde 1993, também apresentam alta gravidade, tendo os roedores silvestres como principais reservatórios, por isso é importante se controlar a presença desses animais (Brasil, 2002).

Durante as inspeções, foi verificada a existência de vestígios da presença de roedores, como tocas localizadas em áreas com entulhos e vegetação, condição necessária para a realização das ações de desratização. Das três denúncias investigadas, duas tiveram a infestação confirmada, sendo adotado o controle químico por meio da aplicação de raticida de ação crônica (Figura 20), na forma de pó de contato, método que atua por efeito anticoagulante, levando o animal à morte de 3 a 5 dias após a ingestão por lambedura do pó que se adere ao seu pelo (Brasil, 2015).

Figura 20. Aplicação de raticida, de ação crônica, em tocas (pó de contato)



Fonte: Arquivo pessoal, 2024

As atividades relatadas acima, foram as últimas ações desenvolvidas no primeiro ano de residência. Após o período de férias, em janeiro do ano seguinte, foi retomada a vivência na VSA do DS VIII. Assim, em fevereiro de 2025, foi acompanhado a substituição das EDLs que utilizavam agente biológico por novos dispositivos com ação de larvicida químico (Figura 21).

As novas armadilhas mantêm o formato de potes plásticos com tela, mas agora são impregnadas com o larvicida Pyriproxyfen, substância que atua sobre larvas e pupas dos insetos, sendo mais eficiente para estações disseminadoras devido à sua alta persistência e capacidade de matar larvas por muito tempo, enquanto o Bti é uma opção orgânica e segura, mas requer manutenção mais frequente.

Figura 21. Substituição das EDLs em oficina de empresa de guindastes



Fonte: Arquivo pessoal, 2025

No mesmo mês, foram acompanhadas, juntamente com o médico-veterinário do GVACZ, visitas domiciliares aos casos em tratamento e em investigação de esporotricose (Figura 22), importante zoonose onde os felinos exercem papel relevante na dinâmica epidemiológica da doença, especialmente aqueles não castrados e que circulam livremente em ambientes externos, favorecendo a manutenção e a disseminação do agravo no território (Almeida *et al.*, 2018).

Nesse período, nove animais encontravam-se em acompanhamento clínico, em uso de itraconazol, e outros três estavam sob investigação diagnóstica, com coleta de

material por meio de exame direto, utilizando a técnica de esfregaço de swab em lesões suspeitas.

Em Recife, a SESAU disponibiliza a medicação para o tratamento da esporotricose em humanos, enquanto o GVACZ é responsável pelo acompanhamento e manejo dos casos em animais. Com o objetivo de fortalecer a identificação precoce dos casos suspeitos e facilitar o acionamento do atendimento veterinário municipal, foi elaborado um material digital de orientação, direcionado aos responsáveis pelos animais e aos ASACEs, contendo informações sobre o fluxo de atendimento, confirmação diagnóstica e tratamento dos animais acometidos pela doença fúngica (APÊNDICE D).

Este material foi apresentado, em reunião de equipe interna, para os supervisores de campo disseminarem no território, informações corretas sobre a transmissão e prevenção da doença, visando contribuir para a redução do abandono de animais doentes e prevenir novas infecções humanas.

Figura 22. Visita domiciliar para investigação de esporotricose animal pelo GVACZ



Fonte: Arquivo pessoal, 2025

Outro trabalho acompanhado, nos meses de fevereiro e março, foi a supervisão e o registro das palhetas das ovitrampas (armadilhas de oviposição) (Figura 23). Estas armadilhas são utilizadas na vigilância entomológica para detectar a presença do *Aedes aegypti*, vetor da dengue, zika e chikungunya, além de estimar sua densidade populacional no território. O dispositivo é composto por um recipiente de

plástico preto contendo água com atrativo orgânico e uma palheta de madeira na qual as fêmeas depositam seus ovos. No DS VIII, estão instaladas 295 ovitrampas, sendo 121 no bairro do Ibura, 52 no Jordão e 122 na Cohab. Esse método possibilita a identificação precoce e o monitoramento da infestação do vetor, subsidiando o planejamento e a execução das ações de controle.

Figura 23. Supervisão e registro de palhetas das ovitrampas



Fonte: Arquivo pessoal, 2025

As palhetas positivas apresentam ovos do *Aedes aegypti*, que são identificados em laboratório por meio de microscopia. Os dados coletados subsidiam a elaboração de mapas de infestação. Segundo o boletim epidemiológico das arboviroses elaborado pela SESAU Recife, os bairros do DS VIII (Ibura, Jordão e Cohab) apresentaram risco muito alto de infestação, com o Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA) igual ou maior que 4,0%, no último ciclo de 2024 (Figura 24). Ainda de acordo com este documento, houve um aumento de 35,2% nos casos prováveis (considerando os casos notificados, exceto os descartados) de dengue, zika e chikungunya ao longo de 2024, em comparação com 2023.

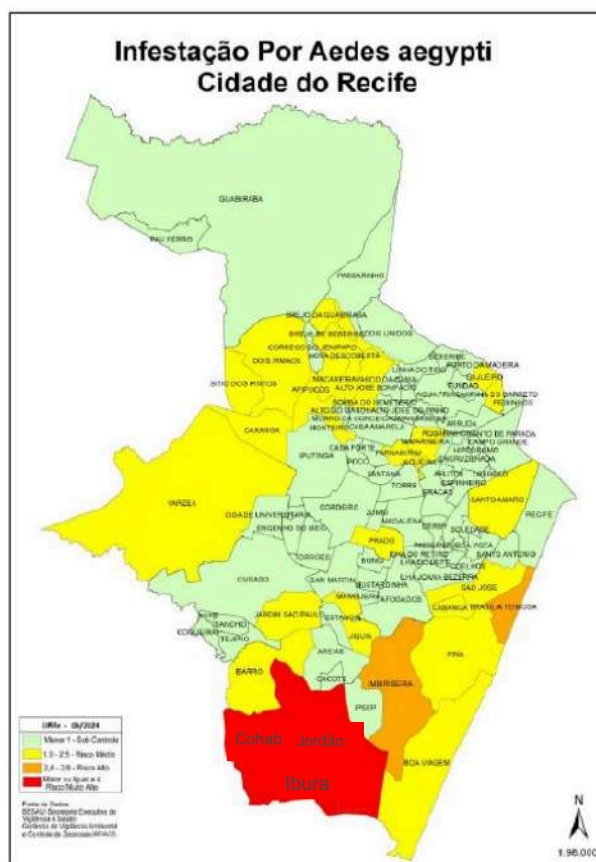
Para Arantes e Pereira (2017) a precariedade do saneamento básico, o acúmulo inadequado de resíduos sólidos em terrenos desocupados e a deficiência no abastecimento de água à população — que favorecem o armazenamento domiciliar em recipientes — configuram fatores que contribuem para a proliferação do mosquito vetor. Tais condições ambientais urbanas, associadas à infraestrutura desordenada e

à elevada densidade populacional, são determinantes para a manutenção e a expansão da dengue no território, realidade também observada no DS VIII.

No município, o LIRAA é realizado bimestralmente pelos ASACEs, através de inspeções domiciliares, nas quais são identificados e registrados recipientes com potencial para acumular água e assim como criadouros do *Aedes aegypti*. Os depósitos encontrados são classificados conforme sua natureza — armazenamento de água para consumo humano, móveis, fixos, depósitos passíveis de remoção/proteção ou naturais — desde pequenos recipientes até reservatórios de maior porte, tanto dentro como fora das casas (Brasil, 2013).

Quando identificada a presença de larvas, são coletadas amostras de água com pipetas, acondicionadas em tubos de ensaio com álcool a 70% (nos quais serão colocadas, no máximo, dez larvas/pupas por depósito pesquisado), identificadas e encaminhadas a VSA do distrito para o registro e envio ao laboratório para análise.

Figura 24. Distribuição espacial do LIRAA em Recife, no último ciclo de 2024



Fonte: SESAU Recife, 2025

Segundo Monteiro *et al.*(2020) o monitoramento de *Aedes aegypti* por meio de ovitrampa pode fornecer dados complementares ao Levantamento LIRAA, e a utilização conjunta, potencializa a segurança e eficácia do monitoramento do mosquito no território. A partir dos dados obtidos nestes levantamentos, considerando o grau de risco alto para infestação do inseto, foram planejadas e direcionadas as ações de controle vetorial das arboviroses. Entre as estratégias adotadas no DS VIII, destacam-se os plantões de arboviroses (Figura 25), realizados nos finais de semana, com o objetivo de alcançar principalmente as residências de áreas descobertas pelas equipes de ACASEs.

Figura 25. Equipe do plantão de final de semana no bairro do Ibura



Fonte: Arquivo pessoal, 2025

Em março de 2025, último mês de vivência na VSA, foram acompanhados os trabalhos do Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua), do monitoramento de cólera em águas residuais (esgoto), das ações de educação em saúde do NEPS e das ações voltadas aos casos de PSA.

O Vigiagua, a nível de distrito, coleta e envia para o laboratório amostras de água destinada ao consumo humano, em pontos como residências e reservatórios de escolas municipais, para garantir à população o acesso à água de qualidade compatível com o padrão de potabilidade, estabelecido na legislação vigente (Brasil, 2026). A análise laboratorial verificação dos parâmetros de: Turbidez, Cloro Residual Combinado, Cloro Residual Livre, Dióxido de Cloro, Coliformes totais, Cor, *Escherichia coli*, Fluoreto, pH e Bactérias Heterotróficas.

Os dados obtidos na análise da água, alimentam o Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua), ferramenta vinculada ao Vigiagua, destinada a apoiar a gestão dos riscos à saúde por meio da utilização de dados produzidos rotineiramente pelos profissionais da vigilância em saúde e pelos responsáveis pelos serviços de abastecimento de água, possibilitando a geração de informações oportunas para o planejamento, a tomada de decisões e a implementação de ações de saúde relacionadas à água para consumo humano. (Brasil, 2026).

O Brasil, após 17 anos livre de casos autóctones, registrou em abril de 2024, um caso autóctone em Salvador/BA de cólera. Dessa forma, o monitoramento da bactéria *Vibrio cholerae* intensificou-se por meio da Nota Técnica Nº 23/2024-CGZV/DEDT/SVSA/MS, especialmente em regiões com saneamento precário.

No DS VIII, foram selecionados seis pontos distribuídos pelo território, para aplicar a coleta de material pela técnica de Moore, também conhecida como “swab de Moore”. O método consiste na utilização de uma gaze esterilizada, fixada a uma fio de nylon, que permanece submersa em rios, canais, lagos ou efluentes por um período de três a cinco dias (Figura 26) . Após esse período, o material é recolhido e acondicionado em caixa térmica para envio ao laboratório.

Figura 26. Técnica de Moore aplicada em canal no bairro do Ibura



Fonte: Arquivo pessoal, 2025

Nas ações de educação em saúde desenvolvidas pelo NEPS da VSA do distrito, nos meses de fevereiro e março de 2025, foram realizadas visitas a cinco escolas de ensino fundamental e a uma creche do território. O NEPS constitui uma estrutura municipal responsável por articular estratégias educativas, organizando suas atividades ao longo do ano a partir de temáticas específicas. No mês de fevereiro, as ações tiveram como foco a prevenção das arboviroses, enquanto, em março, a abordagem concentrou-se na conscientização sobre a conservação da água no planeta (Figura 27).

Figura 27. Ação do NEPS sobre conservação da água em creche do Ibura



Fonte: Arquivo pessoal, 2025

Partindo do entendimento de que a educação das crianças contribui para a disseminação de informações no território, tais ações desempenham um papel estratégico na promoção da saúde e na prevenção de agravos, ao favorecer a construção de conhecimentos de forma contínua, crítica e contextualizada. Ao inserir temas de saúde no cotidiano escolar, a VSA do DS VIII, contribui para o fortalecimento do vínculo entre a comunidade e os serviços de saúde.

As ações direcionadas aos casos suspeitos do Transtorno de Acumulação (TA) foram iniciadas durante esse período de vivência e serão detalhadas de forma mais aprofundada no Capítulo II deste relatório, no qual serão apresentados o contexto de atuação, os fluxos estabelecidos, as estratégias intersetoriais adotadas e os resultados observados ao longo do segundo ano de residência.

O Quadro 5 detalha o quantitativo das principais atividades desenvolvidas durante os quatro meses de vivência na VSA do DS VIII.

Quadro 5. Quantitativo de atividades realizadas na Vigilância em Saúde Ambiental

Atividades	Nº	%
Monitoramento de PEs	15	27,27
Visitas domiciliares para vacinação antirrábica animal	15	27,27
Casos de esporotricose animal acompanhados	9	16,36
Ações do NEPS	6	10,91
Ações acompanhadas do Vigiagua	4	7,27
Plantões de arboviroses, nos finais de semana	4	7,27
Reunião com supervisores de campo	2	3,64
Total	55	100,0

2.2.4 Divisão Distrital de Atenção Básica

A Divisão Distrital de Atenção Básica (DDAB) é um setor da Secretária Executiva de Atenção Básica (SEAB) do município, no DS VIII. É a estrutura organizacional responsável por garantir a articulação integrada entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), assegurando a organização dos fluxos e contrafluxos assistenciais, bem como o alinhamento de objetivos, a integralidade das ações e a continuidade do cuidado prestado aos usuários (SESAU Recife, 2022).

No DS VIII é composta por uma equipe de 20 profissionais de saúde, das mais diversas formações, responsáveis pela coordenação das 22 políticas e programas de saúde que compõem um conjunto de diretrizes norteadoras ao cuidado da população adscrita. Ocupa uma sala, ao lado da sala da VE, no primeiro andar do prédio sede do distrito.

Entre os meses de abril e setembro de 2025, foram acompanhadas as atividades das coordenações das Políticas eMulti-APS e Saúde Mental, bem como do Programa Saúde na Escola (PSE), além da vivência junto às equipes que compõem a eMulti no território.

a) Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde

As eMulti-APS são equipes compostas por profissionais de saúde, de diferentes áreas do conhecimento e categorias profissionais. Elas operam de maneira complementar e integrada às outras equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS). Iniciou como Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, sendo reformulada ao longo dos anos, até chegar na configuração atual.

A última alteração ocorreu com a Portaria GM/MS nº 635 de 22 de maio de 2023, onde houve o aprimoramento da estratégia, com aumento do cofinanciamento federal para as equipes multiprofissionais, assim, foram incluídas novas especialidades médicas (cardiologia, dermatologia, endocrinologia, hansenologia e infectologia) na possibilidade de composição das equipes, além da possibilidade de atendimento remoto como ferramenta tecnológica para otimização do processo de trabalho e ampliou-se a carga horária dessas equipes, a fim de fortalecer a APS do SUS (Brasil, 2026).

As eMulti são classificadas em três modalidades de acordo com a carga horária de equipe, vinculação e composição profissional podendo ser: ampliada; complementar; e estratégica. Desde 2023, 22 categorias de nível superior passaram a estar habilitadas para compor as equipes eMulti, possibilitando uma organização formada por um conjunto fixo e variável de profissionais, entre os quais se incluem arte-educadores, assistentes sociais, farmacêuticos, médicos-veterinários, nutricionistas, entre outros. Cada município é responsável por definir quais destes profissionais irão compor as equipes multiprofissionais que atuarão em seu território (Brasil, 2023).

Assim, em Recife, fazem parte da eMulti-APS: assistentes sociais; fonoaudiólogos; psicólogos; farmacêuticos; nutricionistas; terapeutas ocupacionais; e fisioterapeutas. Cada distrito possui um quantitativo de equipes, que atuam de maneira complementar e integrada quando acionadas pelas equipes de saúde da família (eSF).

No DS VIII, a eMulti é composta por uma coordenadora e três equipes multiprofissionais denominadas por numerações: 8.1; 8.2; 8.3. Dessas, duas atuam no bairro da Cohab e uma no bairro do Ibura. O bairro do Jordão não dispõe de cobertura da eMulti. Cada equipe multiprofissional tem, em seu território de cobertura, nove eSF.

No mês de abril, foram acompanhadas as atividades da coordenadora, onde foi possível preencher planilhas de produtividade das equipes, acompanhar registros de atendimento no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), participar de reuniões a nível das coordenações distrital e municipal, e entender as necessidades dos profissionais para garantir o melhor atendimento aos usuários do SUS. Neste período, foi solicitada e realizada uma apresentação, para cada uma das equipes, sobre a atuação e importância do médico-veterinário na AB por meio da eMulti (Figura 28).

Figura 28. Apresentação sobre a atuação do médico-veterinário na eMulti



Fonte: Arquivo pessoal, 2025

No mês de maio, foram acompanhadas as agendas de atendimento dos profissionais de saúde que integram a eMulti 8.2, responsáveis pelo apoio às eSF das seguintes unidades: USF UR4/UR5 , onde também fica a sala de Ponto de Apoio (PA), com cobertura à quatro equipes de saúde; USF Vila das Aeroçoas, cobrindo três equipes de saúde; e USF Ilda Rodrigues (UR10), com duas equipes de saúde cobertas. Todas no bairro da Cohab.

Durante a vivência, observou-se a elevada taxa de absenteísmo, o que impactava negativamente o cumprimento das agendas, comprometia o planejamento de atendimentos futuros e reduzia a produtividade das equipes. Diante dessa situação, foi desenvolvido um formulário eletrônico de rápido preenchimento para o registro das faltas dos usuários agendados, bem como dos motivos associados à ausência, com a

finalidade de reunir dados para análises posteriores, junto à coordenação, e orientar na definição de estratégias para a redução dessas ocorrências.

No mês de Junho, foram desenvolvidas atividades junto a eMulti 8.3, equipe que cobre cinco eSF da USF Josué de Castro e três eSF da USF Lagoa Encantada, ambas no bairro da Cohab. Foi possível acompanhar as consultas domiciliares agendadas para a assistente social e a fonoaudióloga. Também houve a realização de salas de espera com temáticas sobre zoonoses e PSA, além de articular a execução de uma oficina sobre a prevenção do racismo para educação infantil (Figura 29), uma demanda trazida por uma gestora escolar para a psicóloga da eMulti.

Figura 29. Oficina de antirracismo infantil para eMulti 8.3



Fonte: Arquivo pessoal, 2025

No último mês de vivência junto à eMulti, em julho, foram acompanhadas as atividades da equipe 8.1, responsável pelo apoio a quatro eSF da USF Rio Pajeú, unidade que também funciona como PA, duas eSF da USF Paz e Amor e três eSF da USF Vila do Sesi, todas localizadas no bairro do Ibura.

No contexto dessa equipe, foi possível intensificar a realização de visitas domiciliares e atendimentos compartilhados entre diferentes profissionais, além de ampliar as ações de educação em saúde por meio de salas de espera, com a temática de PSA. O Quadro 6 detalha o quantitativo das principais atividades desenvolvidas durante os quatro meses de vivência no eMulti-APS do DS VIII.

Quadro 6. Quantitativo das principais atividades realizadas na eMulti-APS

Atividades	Nº	%
Reuniões	35	41,18
Visitas domiciliares	22	25,88
Salas de espera	15	17,65
Atendimentos compartilhados	12	14,12
Oficina	1	1,18
Total	85	100,00

b) Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da Saúde e da Educação, instituída pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que visa à promoção da saúde e à formação integral dos estudantes da rede pública por meio da articulação entre a escola e a APS. A adesão ao programa ocorre mediante pactuação entre as Secretarias Municipais de Saúde e Educação, formalizando o compromisso com ações de promoção, prevenção e atenção à saúde no território (Brasil, 2007).

O PSE fundamenta-se na corresponsabilização entre os setores envolvidos e no fortalecimento de redes de cuidado. O funcionamento do Programa ocorre em cinco etapas: identificação e articulação entre as USFs e as unidades educacionais; adesão e pactuação (bienal); planejamento intersetorial; implementação das ações; e monitoramento e avaliação. Esta última etapa constitui diretriz fundamental para o acompanhamento dos impactos no território, o aprimoramento das intervenções e a qualificação das políticas públicas voltadas à população estudantil.

No mês de agosto de 2025, foram acompanhadas as atividades da coordenação do PSE no DS VIII, que tem por objetivo apoiar as USFs na identificação e no acompanhamento das condições de saúde dos estudantes, além de fortalecer a promoção de hábitos de vida saudáveis. O Programa desenvolve, ao longo do ano,

ações estruturadas em 14 temáticas como à saúde mental, ao enfrentamento das arboviroses, à prevenção do uso de álcool e outras drogas, entre outros previstos no plano nacional.

Atualmente, o DS VIII conta com 24 unidades educacionais, entre escolas e creches municipais, vinculadas à 21 USFs. As principais ações do PSE envolvem a articulação entre profissionais de saúde, como ACSs, e a comunidade escolar, por meio de atividades educativas.

Durante a vivência, foram acompanhadas a realização das antropometrias (Figura 30) que no PSE constitui uma ação essencial para a avaliação do estado nutricional dos estudantes, por meio da mensuração periódica de peso e estatura, possibilitando o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Essa atividade permite a identificação precoce de desvios nutricionais, como desnutrição e excesso de peso, subsidiando o planejamento de ações de promoção da alimentação saudável e o encaminhamento dos estudantes com alterações para acompanhamento nas USFs.

Figura 30. Avaliação de antropometria na Escola Municipal Vila Sésamo na Cohab



Fonte: Arquivo pessoal, 2025

Outra ação vivenciada foi o acompanhamento das atividades do PSE em articulação com o Plano Nacional de Imunização (PNI), voltadas à busca ativa nas escolas para verificação e atualização da caderneta de vacinação de crianças e adolescentes (Figura 31). A utilização da escola como espaço estratégico favorece a

ampliação da cobertura vacinal e o acesso aos imunizantes, fortalecendo as ações de prevenção de doenças imunopreveníveis no território.

Figura 31. Ação intersetorial do PSE com o PNI na Escola Municipal Margarida Serpa, na Cohab



Fonte: Arquivo pessoal, 2025

Com o objetivo de apoiar a execução das ações do PSE nas unidades educacionais, foi elaborada uma cartilha de apoio contendo propostas de atividades e dinâmicas adaptadas a diferentes faixas etárias, utilizando materiais de fácil aquisição. O material foi disponibilizado para a coordenação do PSE divulgar para as equipes do distrito e contempla temáticas voltadas à promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer, bem como à segurança alimentar e nutricional, à alimentação saudável e à prevenção da obesidade infantil.

c) Política de Saúde Mental

A Reforma Psiquiátrica Brasileira constituiu-se como um processo histórico, político e social orientado pela crítica ao modelo manicomial e pela defesa dos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico, propondo a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede territorializada de cuidados. Esse movimento, fortemente influenciado pelas lutas sociais e pela redemocratização do país, resultou na construção de novas formas de atenção à saúde mental da população (Amarante; Oliveira, 2004).

A promulgação da Lei nº 10.216/2001 representou um marco legal desse movimento, nesse contexto, estruturou-se a atual Política Nacional de Saúde Mental,

operacionalizada por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que integra diferentes pontos de atenção e níveis de complexidade no âmbito do SUS, visando à atenção integral, contínua e humanizada às pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A RAPS é composta por 17 pontos de atenção, responsáveis pela oferta de ações e serviços distribuídos entre a atenção primária, atenção especializada e atenção hospitalar, conforme estabelecido pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011 (Brasil, 2026).

Um dos pontos de atenção especializada são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), espaços do SUS destinados ao atendimento de pessoas com sofrimento psíquico intenso e persistente. Funcionam de forma territorializada e comunitária, oferecendo cuidado multiprofissional por meio de atendimentos individuais e coletivos, acompanhamento clínico, ações de reabilitação psicossocial e articulação com outros pontos da rede, com o objetivo de promover a autonomia, a inclusão social e a redução de internações psiquiátricas (Brasil, 2025).

No Recife, apesar da gestão em saúde, manter o foco no fortalecimento da clínica ampliada, na ampliação do acesso e na diversificação dos serviços, observa-se o crescimento expressivo das demandas em saúde mental em diferentes grupos sociais, intensificado pela pandemia da COVID-19, que evidenciou e agravou fragilidades históricas no cuidado ao bem-estar emocional da população (SESAU Recife, 2022).

Outro evento de grande impacto sobre a saúde mental da população do bairro da Cohab, no DS VIII, foram os deslizamentos de terra provocados pelas intensas chuvas ocorridas no final de maio de 2022, que resultaram em aproximadamente 120 óbitos e deixaram diversas famílias desabrigadas. Os efeitos dessa tragédia no território ainda são percebidos pelos profissionais de saúde que atuam na região.

Para o atendimento das demandas em saúde mental da população residente no DS VIII, o território conta com cinco CAPS, sendo três destinados ao público adulto, um voltado ao atendimento de crianças até 12 anos e outro direcionado aos adolescentes.

No mês de setembro de 2025, foi possível acompanhar a coordenação da política de saúde mental do distrito, o que permitiu a compreensão sobre os fluxos de atendimento, bem como a participação em fóruns e reuniões com as gestoras dos CAPS responsáveis pelo cuidado aos usuários do território. Foram realizadas

atividades sobre o transtorno de acumulação que serão detalhadas no Capítulo II deste relatório.

2.2.5 Integração entre setores

No DS VIII, a integração entre as vigilâncias, como também, entre a VS e as políticas/programas da DDAB, constitui um eixo estratégico para o fortalecimento do SUS. Essa atuação integrada, ao considerar o território como um espaço único e contínuo de cuidado, fortalece a detecção precoce dos agravos e a adoção de medidas oportunas de prevenção e controle de agravos.

Entre as práticas de integração desenvolvidas no distrito, destaca-se o fluxo articulado de notificação da esporotricose. Quando a VE recebe notificações de casos humanos da doença fúngica, a VSA é acionada para a realização de visita domiciliar, com o objetivo de avaliar a condição de saúde dos animais presentes no domicílio. De forma complementar, nos casos em que a notificação se refere a animais, a informação é compartilhada com a VE, que procede à busca ativa de possíveis casos humanos, verificando a ocorrência de sinais e sintomas compatíveis com a doença.

A articulação entre a VE e a DDAB também se faz presente no acompanhamento dos casos de tuberculose. As notificações recebidas pela vigilância são compartilhadas com a coordenação do Programa de Controle da Tuberculose, com o objetivo de reduzir a incidência, a prevalência e a mortalidade associadas à doença. De forma integrada, ambos os setores desenvolvem ações voltadas à educação permanente em saúde para os profissionais da rede, bem como à busca ativa de pacientes em abandono de tratamento.

Entre a VE e a VISAT são desenvolvidas ações de promoção à saúde no âmbito das empresas localizadas no território, por meio de visitas técnicas que incluem a realização de palestras sobre hábitos de vida saudáveis e a distribuição de preservativos como estratégia de prevenção das ISTs. De forma complementar, a VISAT articula-se com as políticas da DDAB para o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde do homem e da mulher, realizando campanhas nas empresas privadas do distrito, em períodos específicos do ano.

Há também a integração das ações entre a VISA e a VISAT durante as inspeções realizadas nos estabelecimentos do território. Nessas visitas conjuntas, a VISA avalia os aspectos estruturais, documentais e as condições higiênico-sanitárias

dos estabelecimentos comerciais e de serviços, enquanto a VISAT analisa as condições de trabalho e os potenciais riscos ocupacionais aos quais os trabalhadores estão expostos, possibilitando a notificação dos responsáveis e a orientação para a adoção de medidas corretivas quando necessário.

Outra articulação ocorre entre a VSA, por meio do NEPS, que integra suas ações de educação em saúde às equipes eSF no ambiente escolar, com o objetivo de fortalecer as estratégias de prevenção e controle das arboviroses. Essas ações priorizam atividades contínuas durante todo o ano, voltadas à sensibilização de estudantes, educadores e comunidade escolar sobre a eliminação de criadouros, cuidados com o ambiente e adoção de práticas preventivas à infestação pelo mosquito no território.

Por fim, destaca-se a interação iniciada a partir do período vivenciado durante o segundo ano do Programa de Residência, na DDAB, que promoveu a articulação entre a eMulti e a VSA. Essa integração ocorreu durante as consultas domiciliares realizadas pelos profissionais da eMulti juntos à eSF, em parceria com a supervisão de campo dos ASACE, num caso considerado suspeito de PSA. A ação tem por finalidade a identificação e eliminação de possíveis focos de criadouros do *Aedes aegypti*, bem como o registro dos casos para posterior encaminhamento conforme o fluxo de atendimento estabelecido pelo distrito, para os casos suspeitos do transtorno de acumulação, o qual será detalhado no Capítulo II deste relatório.

Ao superar práticas fragmentadas, a integração entre os setores potencializa o processo de trabalho, favorecendo a análise ampliada dos determinantes e condicionantes da saúde, como fatores ambientais, condições de moradia, saneamento e a interação entre seres humanos e animais, favorecendo o conceito da saúde única.

Dessa forma, o DS VIII tem intensificado esforços para implementar ações cada vez mais preventivas, integradas e abrangentes, com intervenções oportunas e resolutivas no território. Essas iniciativas visam qualificar os processos de vigilância em saúde, fortalecer a AB e ampliar a efetividade das ações de promoção, prevenção e proteção da saúde, contribuindo para a melhoria das condições de vida e saúde da população adscrita.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências vivenciadas, ao longo dos dois anos, no Programa de Residência em Saúde Animal Integrada à Saúde Pública, constituíram uma formação relevante para a atuação do médico-veterinário na saúde pública. A inserção em diferentes setores da Vigilância em Saúde e da Atenção Básica possibilitou a compreensão ampliada do território como espaço de cuidado, no qual fatores ambientais, sociais e sanitários se articulam demonstrando na prática o conceito de saúde única.

A formação também contribuiu de maneira significativa para o aprofundamento dos conhecimentos sobre o SUS, seus princípios e formas de organização. O contato direto com a gestão, os serviços e as equipes de saúde favoreceu a compreensão de um sistema essencial para a garantia do acesso à saúde, fortalecendo o desenvolvimento profissional, a capacidade crítica e o compromisso ético do residente com a saúde pública. O período de vivência preparou o médico-veterinário para atuar na saúde coletiva de maneira qualificada e resolutiva. A integração entre teoria e prática, aliada às trocas interprofissionais, fortaleceu competências técnicas, gerenciais e relacionais indispensáveis para a atuação do profissional que contribui fortalecendo o SUS.

4. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. J. *et al.* **Esporotricose em felinos domésticos (*Felis catus domesticus*) em Campos dos Goytacazes, RJ. Pesquisa Veterinária Brasileira**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 7, p. 1438-1443, jul. 2018. DOI: 10.1590/1678-5150-PVB-5559. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-5150-PVB-5559>. Acesso em: 4 fev. 2026.

AMARANTE, Paulo Duarte Carvalho; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **A saúde integral e a inclusão da saúde mental no SUS: pequena cronologia e análise do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração**. Dynamis Revista Tecno-Científica, Blumenau, v. 12, n. 47, p. 6-21, abr.-jun. 2004. Disponível em: <https://gpps.paginas.ufsc.br/files/2020/09/Amarante-e-Oliveira-Dynamis-2004.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2026.

ARANTES, Karen Magalhães; PEREIRA, Boscilli Barbosa. **Levantamento, análise e seleção de indicadores ambientais e socioeconômicos como subsídio para o fortalecimento das estratégias de controle da dengue no município de Uberlândia- MG**. Journal of Health & Biological Sciences, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 86-94, jan./mar. 2017. DOI: 10.12662/2317-3076jhbs.v5i1.1104.p86-94.2017. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1104>. Acesso em: 2 fev. 2026.

ARAÚJO, T. M.; PALMA, T. F. A vigilância em saúde mental relacionada ao trabalho: características e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3235-3244, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HwDr4tXNNb8SV4PDYFgsvTM>. Acesso em: 10 maio 2025.

BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Universitário de Bem-Estar Social; altera as Leis nos 10.891, de 9 de julho de 2004, 10.260, de 12 de julho de 2001, e 9.394, de 20 de dezembro de 1996; institui a Residência em Área Profissional da Saúde; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2005]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 2 fev. 2026.

BRASIL. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2006]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm. Acesso em: 8 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola (PSE)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pse>. Acesso em: 8 fev. 2026.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Saneamento**. 4. ed. rev. Brasília, DF: Funasa, 2015. Disponível em:

<https://wp.ufpel.edu.br/ccz/files/2016/03/FUNASA-MANUAL-SANEAMENTO.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CAPS: o que é, para quem serve e por que faz diferença**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-com-ciencia/noticias/2025/outubro/caps-o-que-e-para-quem-serve-e-por-que-faz-diferenca>. Acesso em: 8 fev. 2026.

BRASIL. **Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para fins do disposto no inciso XVI do caput do art. 37 da Constituição Federal. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14536.htm. Acesso em: 9 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>. Acesso em: 10 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 588, de 12 de julho de 2018**. Edição 155, Seção 1, p. 87, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DTHA: Situação Epidemiológica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dtha/situacao-epidemiologica>. Acesso em: 30 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **eMulti: histórico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/acoes-interprofissionais/emulti/historico>. Acesso em: 8 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Ambiental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: www.gov.br. Acesso em: 1 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>. Acesso em: 8 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Levantamento Rápido de Índices para Aedes aegypti (LIRAA) para vigilância entomológica do Aedes aegypti no Brasil: metodologia para avaliação dos índices de Breteau e Predial e tipo de recipientes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_liraa_2013.pdf. Acesso em: 5 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps>. Acesso em: 11 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Roedores de importância pancreática: guia para identificação e controle**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: bvsms.saude.gov.br. Acesso em: 02 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sisagua: sistema de informação de vigilância da qualidade da água para consumo humano**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, (2024). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-ambiental/vigiagua/sisagua>. Acesso em: 8 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigiagua: vigilância da qualidade da água para consumo humano**. Brasília, DF: Ministério da Saúde,. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/demas/situacao-de-saude/vigiagua>. Acesso em: 7 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador/vigilancia-em-saude-do-trabalhador-vigisat> . Acesso em: 20 fev. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

FORTI, Tatiana. **Avaliação de riscos e oportunidades no processo de controle de qualidade de produtos sujeitos à vigilância sanitária: integrando a gestão de risco ao sistema de gestão da qualidade**. 2024. Tese (Doutorado em Vigilância Sanitária) – Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **PENSESUS. Vigilância em saúde**. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – ICICT/Fiocruz. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/vigilancia-em-saude>. Acesso em: 11 fev. 2026.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Educação em Direitos Humanos e Saúde: módulo 1: aula 3: marcos históricos dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Campus Virtual Fiocruz,. Disponível em: mooc.campusvirtual.fiocruz.br. Acesso em: 1 fev. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e estados do Brasil**. 2025. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/panorama>. Acesso em: 18 jan. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Malha municipal digital do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/malhas-territoriais/15774-malhas.html>. Acesso em: 18 fev. 2026.

MONTEIRO, R. M. M.; OLIVEIRA, C. A. de; SOUSA, M. H. de; SANTOS, A. O. dos; SOARES, T. M. de S.; SANTOS, E. P. dos; AMORIM, L. L. B.; AMORIM, L. B. **Estudo comparativo entre ovitrampa e o método LIRAA para avaliação da presença de *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae) em Pedro II, Piauí, Brasil.** Brazilian Journal of Development, Curitiba, v. 6, n. 6, p. 38890-38912, jun. 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n6-434. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/11877>. Acesso em: 7 fev. 2026.

NASCIMENTO, M. M. do; SILVA JÚNIOR, V. B. da. A importância da saúde do trabalhador na atenção básica. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. e67803, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n2-033. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/67803>. Acesso em: 5 maio 2025.

RECIFE. Governo Municipal. Secretaria de Saúde do Recife. Secretaria Executiva de Planejamento, Monitoramento e Articulação Distrital. **Plano Municipal de Saúde 2022 - 2025**. Recife: Secretaria de Saúde do Recife, 2022. Disponível em: https://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/pms_2022-2025.pdf. Acesso em: 18 jan. 2026.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Boletim epidemiológico: arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti***. Ano 2024, n. 32, SE 52. Recife, 2025. Disponível em: cievsrecife.files.wordpress.com. Acesso em: 7 fev. 2026.

RECIFE. Secretaria de Saúde do Recife. Mapa dos Distritos Sanitários do município do Recife. In: **Relatório Anual de Gestão – RAG 2020**. Recife: Secretaria de Saúde do Recife, 2021. Disponível em: https://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/relatorio_anual_de_gestao_2020.pdf. Acesso em: 18 fev. 2026.

SANTOS, Manoela; FONTOURA, Josiane Portugal Portella. **O papel educativo da vigilância sanitária**. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 14., 2020, Niterói. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. Disponível em: <http://congressoanterior.redeunida.org.br>. Acesso em: 19 ago. 2025.

APÊNDICE A Trabalho apresentado na 4ª Mostra de Experiências Exitosas da 5ª Conferência de Saúde de Pernambuco.



VIGILÂNCIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA FERRAMENTA POTENTE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO

PALAVRAS-CHAVE: Trabalhador; Conscientização; ISTs; Saúde Mental; Atenção Básica.

INTRODUÇÃO: A dificuldade dos trabalhadores, especialmente homens, em acessar os serviços de saúde, muitas vezes por falta de tempo, contribui para o agravamento de condições evitáveis como as ISTs e transtornos mentais. Para enfrentar essa realidade, a Coordenação da Vigilância da Saúde do Trabalhador do Distrito Sanitário VIII (Recife/PE) realizou ações educativas no ambiente de trabalho, promovendo o autocuidado e aproximando os trabalhadores dos serviços da Atenção Básica.

OBJETIVOS

- **OBJETIVO GERAL:** Ampliar o acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde, promovendo diagnóstico precoce e prevenção de agravos prevalentes, com foco nas ISTs e saúde mental.
- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Estimular o acesso à Atenção Básica por meio de palestras e materiais educativos; Envolver empregadores na promoção do autocuidado entre os colaboradores; Sensibilizar sobre prevenção das ISTs e saúde mental; Informar sobre o SUS e os profissionais atuantes nos territórios.

METODOLOGIA E ATIVIDADES PLANEJADAS/DESENVOLVIDAS: As ações ocorreram em julho/2024, em duas empresas do bairro do Ibura. Iniciaram-se com visitas aos RHs para apresentação da proposta e autorização das atividades. Foram realizadas palestras sobre ISTs, saúde mental e acesso ao SUS. Distribuíram-se materiais gráficos, cadernetas de saúde do homem e preservativos. Os empregadores foram sensibilizados a flexibilizar horários para permitir que os trabalhadores possam cuidar da própria saúde.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA SUBMETIDA: A iniciativa fortaleceu o vínculo entre trabalhadores, empresas e o SUS. Houve maior interesse nos temas abordados e nos serviços de saúde, além do envolvimento dos empregadores. A entrega de materiais contribuiu para o incentivo ao autocuidado. Para Araújo e Palma (2017), a vigilância em saúde mental relacionada ao trabalho enfrenta diversos desafios que requerem ações integradas no território. Segundo Do Nascimento e Silva Júnior (2024), a atenção à saúde do trabalhador é essencial para a qualidade de vida e produtividade. A curta duração da ação dificultou a mensuração do impacto direto nos indicadores de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A articulação entre Vigilância em Saúde do Trabalhador, empresas e colaboradores pode ser eficaz na promoção da saúde e prevenção de agravos. A experiência reforça a importância do SUS como agente integrador na proteção à saúde laboral, contribuindo também para a produtividade e bem-estar nas empresas.

REFERÊNCIAS:

ARAÚJO, T. M.; PALMA, T. F. A vigilância em saúde mental relacionada ao trabalho: características e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3235-3244, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HwDr4tXNNb8SV4PDYFgsvTM>. Acesso em: 10 maio 2025.

APÊNDICE B Roteiro de Inspeção - VISAT DS VIII



ROTEIRO DE INSPEÇÃO – SAÚDE DO TRABALHADOR

1 – IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA					
Razão Social:					
Nome Fantasia:			CNPJ:		
Endereço:					
Bairro:		CEP:	Município:		
Fone:	Fax:	E-mail:			
Atividade:					
Responsável Legal:			Nº de Funcionários M ___ F ___		
Horário de Funcionamento:					
Manhã ___ h às ___ h Tarde ___ h às ___ h Noite ___ h às ___ h					
Classificação do Estabelecimento:					
<input type="checkbox"/> Estabelecimento de Saúde: _____					
<input type="checkbox"/> Indústria: _____					
<input type="checkbox"/> Outros especificações: _____					
2 – MOTIVO DA INSPEÇÃO:					
<input type="checkbox"/> Programas específicos da Vigilância do		<input type="checkbox"/> Rotina de Trabalho			
Trabalhador		<input type="checkbox"/> Atendimento à denúncia			
<input type="checkbox"/> Outros _____					
3 - ORGANIZAÇÃO DA EMPRESA E TRABALHADORES					
3.1 PROGRAMAS E SERVIÇOS					
A EMPRESA POSSUI:			SIM	NÃO	N.A
3.1.1	SESMT -Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (NR - 4) Os trabalhadores são orientados periodicamente em questões de segurança? As saídas de emergência são devidamente sinalizadas?				
3.1.2	PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (NR - 7) Os trabalhadores são submetidos a exames periódicos? Os trabalhadores são imunizados contra Hepatite b, Tétano e rubéola (mulher em idade fértil) e outros, conforme a necessidade de serviço?				

3.1.3	CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho(NR - 5) No caso de acidente de trabalho existe a emissão da CAT? Existe um encaminhamento adequado para o trabalhador para os serviços de emergência?			
3.1.4	PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais(NR - 9)			
3.1.5	PGRS - Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos (RDC da ANVISA Nº 306/2004 e Resolução CONAMA Nº 358/2005)			
OBSERVAÇÕES: _____				
4 – SEGURANÇA:				
4.1	Existem extintores?			
4.2	Os extintores estão dentro do prazo de validade?			
4.3	O uso de EPI's é exigido por parte da empresa?			
4.4	Os trabalhadores são devidamente orientados e treinados quanto ao uso adequado dos EPI's?			
4.5	Os EPI'S são mantidos em bom estado de conservação e manutenção?			
4.6	As escadas de acesso ao andares possuem corrimão, fita antiderrapante e sinalização adequadas?			
OBSERVAÇÕES: _____				
5 - PROCESSO DE PRODUÇÃO:				
5.1	As máquinas/equipamentos se encontram em bom estado?			
5.2	As partes perigosas das máquinas/equipamentos estão devidamente protegidas?			
5.3	Os operadores são treinados para operá-las?			
5.4	Há relatos de acidentes de trabalho (de maneira geral)?			
OBSERVAÇÕES: _____				
6 - RELAÇÃO COM O MEIO AMBIENTE:				
6.1	Os resíduos gerados pelo serviço não geram prejuízos à saúde dos trabalhadores e nem ao meio ambiente?			
6.2	É dada destinação adequada ao resíduo?			
6.3	O ambiente de trabalho de maneira geral, encontra-se limpo e arejado ?			
6.4	Os vasos sanitários e mictórios são ligados à rede de esgoto ou fossa séptica com interposição de sifões hidráulicos?			
6.5	Existe controle de Pragas e Vetores?			

OBSERVAÇÕES: _____			
7- ÁREAS DE VIVÊNCIA (CONFORTO E SANITÁRIO)			
7.1	A alimentação dos trabalhadores é preparada na empresa?		
O LOCAL PARA AS REFEIÇÕES (REFEITÓRIO)			
7.2	A empresa possui local apropriado para que os trabalhadores possam fazer as refeições (No caso específico de empresas que possuam de 10 a 300 funcionários)?		
7.3	Capacidade para garantir o atendimento de todos os trabalhadores no horário das refeições?		
7.4	Climatização e iluminação natural e/ ou artificial suficiente para desenvolver as atividades?		
7.5	Lavatório instalado em suas proximidades ou no seu interior dotado de sabonete líquido, papel toalha e lixeira com tampa e pedal?		
7.6	Mobiliário adequado e em número suficiente (cadeiras e mesas)?		
O SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO			
8.1	As instalações físicas são projetadas de acordo com as normas estabelecidas pela RDC da ANVISA nº 216/2004 (piso, paredes e teto são revestidos com material impermeável, liso e lavável) ?		
8.2	As portas e janelas são ajustadas aos batentes?		
8.3	A climatização e a iluminação são suficientes e adequadas para a realização das atividades?		
8.4	Os utensílios e os equipamentos se encontram em bom estado de conservação? São constituídos de material impermeável e de fácil higienização (ex.: luva anti corte, aventais de chumbo para raio x)?		
8.5	Os manipuladores utilizam uniforme completo para realizar as atividades?		
8.6	As refeições são preparadas em ambiente limpo e organizado?		
8.7	A empresa fornece água potável conforme portaria SVS/MS nº 2419/2011 e de fácil acesso na proporção de 1 bebedouro para cada 50 trabalhadores?		
8.8	É realizada manutenção com registro dos bebedouros? Os garrafões fornecidos por empresas terceirizadas são certificados pela Vigilância Sanitária?		
8.9	Botijão de gás instalado fora do ambiente de utilização, em área permanente ventilada e coberta e com a mangueira dentro do prazo de validade de 5 anos (Inmetro)?		
VESTIÁRIO			
8.30	A empresa fornece armários individuais e em bom estado de conservação?		
8.31	A quantidade de armários é suficiente para atender os trabalhadores?		
8.32	A empresa possui vestiário feminino?		
8.33	A empresa possui vestiário masculino?		

8.37	As instalações sanitárias são mantidas em perfeito estado de conservação e higiene?			
8.44	Os chuveiros têm divisões individuais?			
8.45	Climatização e iluminação adequadas?			
8.49	Dispõe de lavatórios, vaso sanitário e mictório na proporção de um conjunto para cada grupo de 20 trabalhadores?			
8.50	Possui chuveiros na proporção de 1 unidade para cada grupo de 10 trabalhadores ou fração?			

12. Informações complementares

Local e data: _____

Equipe técnica: _____

APÊNDICE C Memorial Descritivo para Estabelecimento com Atividade Veterinária- VISA DS VIII



MEMORIAL DESCRITIVO PARA ESTABELECIMENTO COM ATIVIDADE VETERINÁRIA

CNAE: 7500-1/00

Este documento deverá ser preenchido, obrigatoriamente, pelo Responsável Técnico.

1. Dados do estabelecimento:

Razão Social: _____

Nome Fantasia _____

Endereço: _____

2. Horário de Funcionamento:

() De _____ a _____, das _____ hs às _____ hs.

Sábados das _____ às _____ hs.

() 24 horas.

Obs.: Marque uma das opções de funcionamento.

3. Profissionais que trabalham no local

Profissionais:	Quantidade:	Habilitação (curso)
Veterinário		
Auxiliar veterinário		
Recepcionista		
Banho e tosa		
Serviços Gerais		
Motorista		
Outros (especificar especialidades)		

4. Estrutura Física

Ambiente	Sim	Não	Quantidade
Sala de Espera/ recepção			
Sanitário exclusivo para clientes			
Farmácia			
Pet Shop			
Sala de Raio-X			
Consultório			
Ambiente de preparo do paciente (curativos, tricotomia, coleta de material biológico, MPA)			
Ambiente de antissepsia e paramentação pré cirúrgica			
Sala de Cirurgia			
Área de limpeza dos instrumentais (expurgo)			
Área de esterilização			
Sala de recuperação/internamento			
Sala exclusiva para Isolamento (internamento de animais com doenças infecto-contagiosas)			
Laboratório			
Depósito de material de limpeza ou Almoarifado			
Lavanderia			
Área para descanso e alimentação dos funcionários			
Sanitário/Vestuário exclusivo de funcionários			
Área para descarte de animais mortos			
Área de descarte de resíduos (lixo A, B, C, D e E)			
Outros (descrever):			

Atenção: Para descrever cada espaço físico é necessário detalhar todos os equipamentos que compõe a área, bem como especificar os modelos, tipos e quantidade de equipamentos presentes em cada espaço.

5. Descreva como é composta a sala de espera/ recepção

6. Descreva como é composto o consultório (Se houver mais de um consultório, identifique e descreva cada, ex.: Consultório 1; Consultório para Felinos; Consultório para Silvestres).

7. Descreva como é composta a sala de procedimento

8. Descreva como é composta a sala cirúrgica

9. Descreva como é composta a sala (área) de vacina (Pode ser uma área dentro do consultório, mas precisa descrever onde a vacina fica armazenada e em qual temperatura).

10. Descreva como é composta a sala de esterilização

11. Descreva como é a área de descarte para resíduos (A, B, C, D e E)

12. Freezer para descarte de animais mortos (Deve estar no setor de sustença, próximo a área de descarte para resíduos).

13. Descreva detalhadamente cada uma das outras áreas do estabelecimento

14. Tipo de acabamento das paredes, tetos e pisos:

15. Lavanderia:

16. Os sanitários são providos de:

- Dispensador de papel toalha () ;
- Dispenser de sabonete líquido antisséptico () ;
- Lixeira de acionamento por pedal ()

17. As geladeiras são providas de termômetro e tabela de monitoramento diária e higienização semanal máxima e mínima:

() SIM () NÃO

18. O local para guarda de material de limpeza é dotado de tanque para higienização de panos e utensílios:

() Sim () Não

19. Os profissionais utilizam EPI's (Dosímetro individual, para a/o radiologista; óculos; calçado; avental; luvas, touca e máscara descartáveis):

() Sim () Não

20. Que tipo de equipamento possui o estabelecimento para a esterilização de materiais

() Estufa com termômetro () Autoclave () Não possui

21. O profissional realiza controle físico químico no processo de esterilização?

() Sim () Não

22. Os trabalhadores são vacinados com anti-rábica e anti-tetânica?

() Sim () Não

23. Outras informações que julgar necessário:

Local _____ Data: ____/____/____

Assinatura do responsável legal (legível)/carimbo _____

APÊNDICE D Material digital de orientação sobre o fluxo de atendimento, confirmação diagnóstica e tratamento dos animais acometidos pela esporotricose - VSA do DS VIII.



Capítulo II - Relato de experiência quanto às estratégias de gestão para o cuidado de pessoas em situação de acumulação no Distrito Sanitário VIII, Recife/PE, 2025

RESUMO

O Transtorno de Acumulação caracteriza-se pela dificuldade persistente de descartar pertences, independentemente de seu valor real, resultando em acúmulo excessivo que compromete a funcionalidade do domicílio e pode gerar impactos à saúde individual e coletiva. A Pessoa em Situação de Acumulação (PSA) é aquela acometida pelo transtorno de acumulação, condição que compromete significativamente a saúde mental e as relações sociais do indivíduo. No Distrito Sanitário VIII (DS VIII), com população total estimada em 149.798 habitantes, foram identificados 21 casos de PSA relacionados ao acúmulo de resíduos/objetos, correspondendo a aproximadamente 14 casos por 100.000 habitantes. Desses, 15 (71,4%) envolvem pessoas idosas e 14 (66,6%) correspondem ao sexo feminino. A distribuição territorial demonstrou maior concentração no bairro da Cohab (10 casos; 47,6%), seguida do Ibura (7 casos; 33,3%) e Jordão (4 casos; 19,0%). Não foi possível estimar os dados referentes aos casos de acumulação de animais, em razão da necessidade de reestruturação e qualificação do banco de dados após a realização de treinamento voltado ao aprimoramento dos registros. No que se refere às ações desenvolvidas, como estratégias para a gestão do cuidado da PSA, foram realizadas atividades de educação permanente junto às equipes da eMulti, equipes de Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), além do fórum distrital de saúde mental e ações de sala de espera nas Unidades de Saúde da Família (USF). Ao todo, foram executadas: 16 ações em educação permanente, alcançando aproximadamente 210 profissionais de saúde; 20 ações de educação aos usuários do SUS, sendo destas, 18 ações nas USFs do território e duas ações, em um dos cinco CAPS, atingindo aproximadamente 380 pessoas; oito visitas domiciliares em conjunto com outros profissionais de saúde da atenção básica, vigilância em saúde, eMulti e CAPS; e um fórum de saúde, com alcance de 50 profissionais. As estratégias implementadas incluíram elaboração e implementação de fluxo de notificação, atendimento e acompanhamento dos casos, por meio de formulários digitais, discussão sistemática dos casos em Grupo de Trabalho (GT), construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e monitoramento intersetorial. As ações implementadas possibilitam a identificação precoce dos casos, qualificam a atuação das equipes e fortalecem a articulação entre Vigilância em Saúde Ambiental, Atenção Primária e Saúde Mental. Evidenciou-se que o manejo das Pessoas em Situação de Acumulação exige construção de vínculo, atuação intersetorial estruturada, organização de fluxos assistenciais e qualificação contínua das equipes, a fim de assegurar cuidado integral e melhoria das condições sanitárias e da qualidade de vida no território.

Palavras-Chaves: Transtorno de Acumulação; intersetorialidade; educação permanente em saúde; educação em saúde.

1. INTRODUÇÃO

Pessoas em Situação de Acumulação (PSA) são indivíduos que apresentam comportamento persistente de acumular objetos e/ou animais, frequentemente em condições insalubres, expondo a própria saúde e a de terceiros a riscos sanitários, ambientais e sociais.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), publicado em 2014, tal condição está associada ao Transtorno de Acumulação (TA), considerado um transtorno mental crônico, caracterizado pela dificuldade recorrente de descartar pertences, independentemente de seu valor real, motivada pela necessidade percebida de mantê-los e pelo sofrimento associado ao descarte (American Psychiatric Association dos Estados Unidos (APA-EUA), 2014).

O comportamento de acumulação foi descrito inicialmente na literatura científica por Worth e Beck, em 1981, quando foram analisados casos de posse excessiva de animais na cidade de Nova York, nos Estados Unidos, que indivíduos mantinham um número elevado de animais domésticos em condições inadequadas de higiene e cuidado. Posteriormente, Frost e Hart em 1996, passaram a caracterizar o comportamento de acumulação como um transtorno de natureza mental.

A partir de 2013, o TA deixou de ser considerado um subtipo do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e passou a ser classificado como um transtorno mental específico. O DSM-5 classifica a percepção do indivíduo, sobre sua condição em relação ao TA, em três especificadores: “Insight Pobre” para descrever os casos onde o paciente tem pouca crítica sobre os seus sintomas; “Bom Insight” para pacientes com autocrítica preservada; e “Ausência de Insight” nos casos em que o paciente não identifica os pensamentos que contribuem para o comportamento de acumulação (Araújo; Lotufo Neto, 2014).

Estudos epidemiológicos internacionais, em países ocidentais desenvolvidos, indicam que aproximadamente 2,5% da população adulta atende aos critérios para o TA, porém é necessário padronizar os estudos para se ter um perfil epidemiológico mais amplo e completo (Postlethwaite *et al.*, 2019). No Brasil, por se tratar de um

transtorno ainda pouco difundido, seu reconhecimento clínico pode ocorrer de forma inadequada, favorecendo diagnósticos equivocados.

Os sinais costumam surgir na infância ou na adolescência, com tendência a se agravar ao longo da vida adulta (Cardoso; Bastos, 2019). Estudos sugerem que fatores genéticos, familiares, cognitivos e experiências traumáticas contribuem para o desenvolvimento do TA. Segundo Abreu e Marques (2022) o TA tem sido relacionado a características específicas de personalidade, como perfeccionismo acentuado, dificuldade para tomar decisões, tendência à procrastinação, além de déficits no autocontrole e na capacidade de solucionar problemas.

Até o momento, as intervenções mais utilizadas são as psicoterapias, que apresentam efeitos limitados. Já as pesquisas sobre tratamentos farmacológicos ainda são preliminares e não permitem avaliar sua eficácia de forma conclusiva (Stumpf *et al.*, 2018), dessa forma, até o momento, não há evidências de cura definitiva para o TA (Cunha; Biondo, 2019).

A partir de pesquisas de revisão narrativa da literatura, observou-se um perfil sociodemográfico recorrente entre indivíduos com TA, caracterizado principalmente por pessoas solteiras, idosas, com comprometimentos no funcionamento psicológico e tendência ao isolamento social. Ressalta-se que o diagnóstico costuma ocorrer de forma tardia, o que pode ser parcialmente atribuído ao afastamento desses indivíduos das redes de apoio devido ao isolamento (Lima *et al.*, 2023).

As PSA se distinguem de colecionadores comuns pelo fato dos espaços em que vivem terem suas funções principais prejudicadas, ou seja, os locais onde armazenam objetos ou abrigam animais frequentemente deixam de cumprir usos cotidianos, como banheiros, camas e sofás, devido ao acúmulo (Cunha *et al.*, 2017).

Dentro do TA, existe ainda a acumulação de animais, também conhecido como Síndrome de Noé. É caracterizado, segundo Patronek (1999), como a condição definida pela manutenção de número excessivo de animais em um mesmo espaço, sob contexto inadequado, sem garantia de alimentação, higiene, manejo sanitário e assistência veterinária. Nessas circunstâncias, é comum haver superlotação, presença de doenças, infestação por ectoparasitas, além de fome, sede e alterações

comportamentais, podendo ocorrer óbitos dos animais em razão do ambiente insalubre e de aglomerações.

No Brasil, o TA de objetos é frequentemente confundido com a Síndrome de Diógenes. Embora relacionadas, tratam-se de condições distintas. Na Síndrome de Diógenes observa-se acúmulo de bens sem apego sentimental, com pouca consciência do comportamento e ausência de sofrimento associado. Já no TA há sofrimento clínico relevante e prejuízo significativo do funcionamento social, profissional ou de outras áreas essenciais da vida, incluindo a capacidade de manter um ambiente onde vive, seguro para si e para os demais (Khan, 2017).

Conforme dados do HOARDING OF ANIMALS RESEARCH CONSORTIUM (HARC) (2002), 93% das residências de pessoas com TA apresentam inadequações sanitárias, e 70% configuram risco potencial de incêndio. Tais condições constituem fator de risco para agravos à saúde pública, incluindo zoonoses e aumento da infestação por vetores.

É um transtorno que representa um desafio com repercussões tanto individuais quanto coletivas, comprometendo a saúde e a qualidade de vida, especialmente quando associado ao isolamento social e à presença de comorbidades. Estudos internacionais apontam que estratégias intersetoriais e ações conduzidas por equipes multiprofissionais apresentam melhores resultados no manejo desses casos. Nesse contexto, torna-se necessário incorporar esse transtorno às políticas brasileiras de atenção à saúde do idoso, com investimento em capacitação profissional, identificação precoce e desenvolvimento de intervenções no âmbito comunitário (Gutiérrez-Murillo, 2025).

Profissionais da APS identificam como principais obstáculos ao diagnóstico e manejo das PSA a fragilidade na coordenação do cuidado, a baixa articulação intersetorial e a inexistência de matriciamento específico. Apesar de ser um transtorno crônico e difícil manejo, intervenções baseadas no acompanhamento contínuo e na integração dos serviços podem reduzir impactos para os indivíduos, animais e comunidade (Petronek *et al.*, 2006; Dodryzlova; O'connor, 2018).

Considerando a complexidade envolvida no diagnóstico e condução dos casos, bem como os impactos à saúde coletiva, o coordenador da VSA do DS VIII, da Secretaria de Saúde do Recife/PE, identificou a necessidade de estruturar estratégias para monitoramento e acompanhamento sistemático dos casos suspeitos e confirmados de PSA no território.

Além das repercussões individuais, o TA configura-se como problema de saúde pública, uma vez que compromete a qualidade de vida, amplia riscos sanitários e exige organização de fluxos intersetoriais, especialmente em territórios com maior vulnerabilidade social. Estudos internacionais apontam que estratégias intersetoriais e ações conduzidas por equipe multiprofissional apresentam melhores resultados no manejo desses casos. Nesse contexto, torna-se necessário incorporar esse transtorno às políticas brasileiras de atenção à saúde do idoso, com investimento em capacitação profissional, identificação precoce e desenvolvimento de intervenções no âmbito comunitário (Gutiérrez-Murillo, 2025).

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo elaborar e implementar estratégias intersetoriais de gestão do cuidado, voltadas à organização de fluxos, qualificação do reconhecimento dos casos e monitoramento sistemático das PSA no território. Diante desse cenário e considerando os impactos sanitários associados ao TA, torna-se fundamental analisar como os territórios organizam estratégias de enfrentamento e gestão desses casos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir da vivência profissional no setor da VSA do DS VIII, da Secretaria de Saúde do Recife/PE, no período de fevereiro a dezembro de 2025. O relato de experiência foi adotado como estratégia metodológica por possibilitar a sistematização e descrição analítica das ações implementadas no contexto dos serviços de saúde, com foco na organização do processo de trabalho e na articulação intersetorial para o manejo de PSA.

A experiência foi desenvolvida inicialmente no setor da VSA e posteriormente articulada com outros setores da APS do distrito, especialmente no âmbito da DDAB, eSF, eMulti, coordenação de saúde mental e CAPS. O DS VIII contempla os bairros do Ibura, Cohab e Jordão, território no qual se concentraram as ações voltadas à identificação, acompanhamento e monitoramento de casos de PSA.

Foram realizadas consultas a artigos científicos, manuais técnicos e cartilhas elaboradas por universidades, prefeituras e Ministérios Públicos (MP) que já atuaram em casos relacionados ao TA, com o objetivo de subsidiar a organização de fluxos assistenciais voltados ao cuidado de PSA. Paralelamente, foram analisadas planilhas de monitoramento da VSA contendo registros de indivíduos classificados como acumuladores de objetos, animais ou ambas as situações.

Esses registros eram provenientes de notificações realizadas por ASACEs e pelo MP, a partir de denúncias de familiares, vizinhos ou identificação direta pelos profissionais de saúde do DS VIII. A classificação inicial dos casos considerava a presença, em quantidade excessiva, de objetos/resíduos ou animais nas residências, identificados durante inspeções ou visitas domiciliares.

Por se tratar de relato de experiência que envolveu o acompanhamento nominal de casos no âmbito institucional, os dados foram utilizados exclusivamente para fins assistenciais e organizacionais. Para a elaboração deste trabalho, as informações foram apresentadas de forma anonimizada, assegurando o sigilo e a confidencialidade, sem qualquer divulgação de elementos que possibilitassem a identificação dos indivíduos acompanhados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise situacional realizada no território evidenciou fragilidades no processo de identificação e manejo de casos de PSA, especialmente no que se refere à ausência de critérios padronizados para acumulação de animais, fundamentados na caracterização do TA. Diante disso, optou-se, em um primeiro momento, pela quantificação dos casos referentes ao acúmulo de resíduos/objetos, enquanto os

registros de acumulação de animais permaneceram em processo de filtragem e reclassificação pelos ASACEs, mediante capacitação específica.

Assim, foram elaborados fluxos operacionais e materiais digitais destinados à organização e padronização do processo de trabalho para identificação, acompanhamento e monitoramento de PSA no território. Os materiais produzidos foram submetidos à avaliação técnica das coordenações da VSA, VS e DDAB, com a finalidade de padronizar o manejo de casos suspeitos ou confirmados, considerando a necessidade de articulação entre vigilância e atenção básica.

Após validação dos instrumentos, foram realizados treinamentos com supervisores de campo dos ASACEs, visando à padronização do processo de filtragem e reclassificação das planilhas referentes aos casos de acumulação envolvendo animais. Posteriormente, foram selecionados três casos, considerados críticos pela VSA, classificados como acumulação de resíduos/objetos, um de cada bairro do distrito, para implantação piloto das estratégias propostas, todos registrados por meio de denúncias encaminhadas ao MP.

Foram instituídos Grupos de Trabalho (GT), com participação das coordenações da VS, VSA e DDAB, das políticas e programas envolvidos, além dos gerentes e eSF das unidades de referência dos respectivos casos, com o objetivo de pactuar o fluxo de condução e acompanhamento dos pacientes.

Entre os meses de abril e julho de 2025, durante o período de vivência na eMulti, foram desenvolvidas ações voltadas à qualificação do reconhecimento e manejo dos casos de PSA nas USFs sob a área de abrangência dessas equipes. Foram realizadas atividades de educação permanente direcionadas aos profissionais da eMulti e às eSF, utilizando apresentações elaboradas em plataforma digital e previamente aprovadas pelas coordenações do DS VIII.

O conteúdo contemplava a definição do TA, a diferenciação entre acumuladores, protetores de animais, recicladores e colecionadores, os riscos para a saúde individual e coletiva, além de estratégias de abordagem das PSA. Também foram promovidas ações de educação em saúde nas salas de espera das unidades, com apoio de material informativo em banner (APÊNDICE E), direcionado aos

usuários do SUS, bem como visitas domiciliares compartilhadas com equipes multiprofissionais para avaliação de casos suspeitos nas áreas de cobertura das eMulti.

Entre agosto e dezembro de 2025, após período de conclusão do cronograma com a eMulti e mediante convite das coordenações dos CAPS, foram reaplicadas ações de educação permanente junto às equipes de três, dos cinco CAPS que atendem usuários do território do DS VIII. No mesmo período, foi realizado um Fórum de Saúde Mental sobre a temática da PSA, destinado a gestores e eSFs não contempladas anteriormente, por não integrarem a área de cobertura da eMulti. Também foram realizadas atividades em salas de espera nas USFs que ainda não haviam sido alcançadas.

No contexto da acumulação de animais, a prática anteriormente adotada pelos profissionais da VSA do DS VIII, baseados apenas no número de animais, critério que, isoladamente, não caracteriza o TA. A literatura ressalta que o diagnóstico preciso para o transtorno deste tipo transcende o número de animais, exigindo uma abordagem multidisciplinar que priorize a análise do bem-estar animal e o grau de percepção crítica do tutor quanto à vulnerabilidade de ambos (Patronek, 1999; Cunha; Biondo, 2019).

O *Guia Prático para Manejo de Animais em Situação de Acumulação* do Ministério Público de Minas Gerais (MPMG, 2023) utiliza o conceito das *Cinco Liberdades* como parâmetro técnico para avaliar o bem-estar animal em casos de acumulação. Segundo o documento, a falha em garantir essas liberdades básicas, que incluem ausência de fome, desconforto, dor, medo e possibilidade de expressar comportamento natural, configura maus-tratos e justifica intervenções de Saúde Única.

Diante dessa situação, não foi possível realizar a contabilização e a análise dos casos relacionados ao transtorno de acumulação (TA) de animais. Assim, as práticas desenvolvidas concentrou-se exclusivamente nos dados referentes ao TA de resíduos/objetos, aos quais foi implementado o início do novo processo de trabalho elaborado para conduzir as PSA.

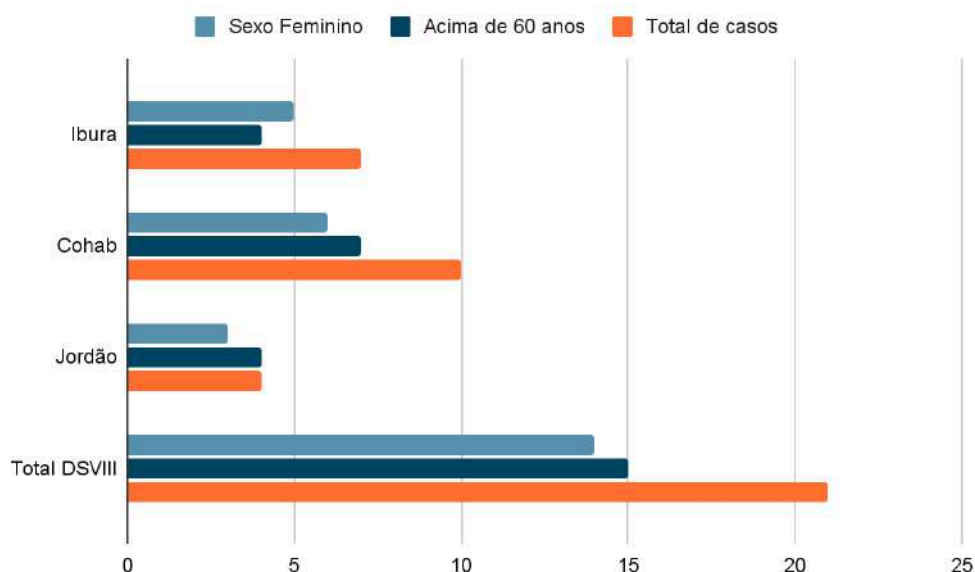
Os dados coletados nas planilhas da VSA do DS VIII, referentes aos bairros Cohab, Ibura e Jordão, apontam que do total de 21 casos identificados no DS VIII, 15 (71,4%) envolvem pessoas idosas e 14 (66,6%) correspondem ao sexo feminino, indicando maior predominância do transtorno nessa população (Gráfico 1). Ao calcular a taxa de ocorrência de PSA, no DS VIII, chegamos a taxa aproximada de 14 casos por 100.000 habitantes (21 casos em uma população estimada de 149.798 habitantes).

Esse resultado revela uma taxa aparentemente baixa quando considerada a dimensão populacional do território. Achado semelhante foi descrito por Cunha *et al.* (2017), que, ao analisarem os registros oficiais em Curitiba com base na taxa por 100.000 habitantes, identificaram números inferiores às estimativas de prevalência apontadas na literatura internacional, por volta de 2,5% . Os autores ressaltam que os casos registrados tendem a representar apenas as situações mais graves ou judicializadas, indicando provável subnotificação.

Dessa forma, a taxa observada no DS VIII deve ser interpretada com cautela, pois pode estar refletindo a subnotificação causada pelas limitações nos mecanismos de identificação e notificação, além da falta de um processo de trabalho padronizado e estabilizado, que ocorriam anteriormente às implantações das estratégias de cuidado estabelecidas a partir deste trabalho.

Quanto à distribuição por bairros, observou-se que 10 casos (47,6%) estavam concentrados no bairro da Cohab, 7 casos (33,3%) no Ibura e 4 casos (19,0%) no Jordão, evidenciando maior proporção de ocorrências na Cohab, conforme levantamento realizado em fevereiro de 2025, apresentando semelhanças com o estudo epidemiológico de Cunha *et al.* (2017), que identificou maior frequência do transtorno entre mulheres, além de apontar correlação positiva entre maior densidade populacional e maior ocorrência de casos em faixas etárias mais avançadas.

Gráfico 1 - Distribuição do número de casos de PSA de resíduos/objetos no DS VIII, Recife/PE, por bairro e no total geral, contabilizados em fevereiro de 2025



Fonte: Planilhas de casos PSA do VSA do DSVIII, Recife/PE, 2025

Segundo Lima *et al.* (2023), essa predominância feminina e idosa no TA reflete vulnerabilidades específicas do envelhecer, onde o isolamento social e perdas afetivas podem desencadear ou agravar comportamentos de apego excessivo a objetos ou animais. O Ministério Público de Minas Gerais (2023) reforça que esse perfil demográfico exige que as políticas públicas de manejo não sejam apenas punitivas ou sanitárias, mas integradas à rede de assistência psicossocial, reconhecendo que a incapacidade de descarte e a desorganização do ambiente doméstico são manifestações de um sofrimento psíquico que atinge majoritariamente mulheres idosas em áreas urbanas adensadas.

Gutiérrez-Murillo (2025) ressalta a urgência de estratégias específicas para pessoas idosas com transtorno de acumulação no Brasil, considerando riscos sanitários e agravamento de comorbidades. Nesse cenário, a experiência relatada reforça a importância da atenção básica como ponto estratégico de detecção e acompanhamento longitudinal.

As atividades desenvolvidas durante a experiência no DS VIII possibilitaram a implementação de estratégias voltadas à qualificação dos processos de identificação, acompanhamento e manejo dos casos de PSA no território. No que se refere à

identificação dos casos, atendendo a uma demanda da coordenação da VSA de conhecer previamente as ocorrências antes mesmo das notificações encaminhadas pelo MP por meio de denúncias, por meio da implantação da substituição dos formulários impressos, anteriormente utilizados apenas pelos ASACEs, por formulários digitais (Figura 32).

Figura 32. Substituição dos formulários impressos pelos digitais, para a notificação de PSA no DS VIII

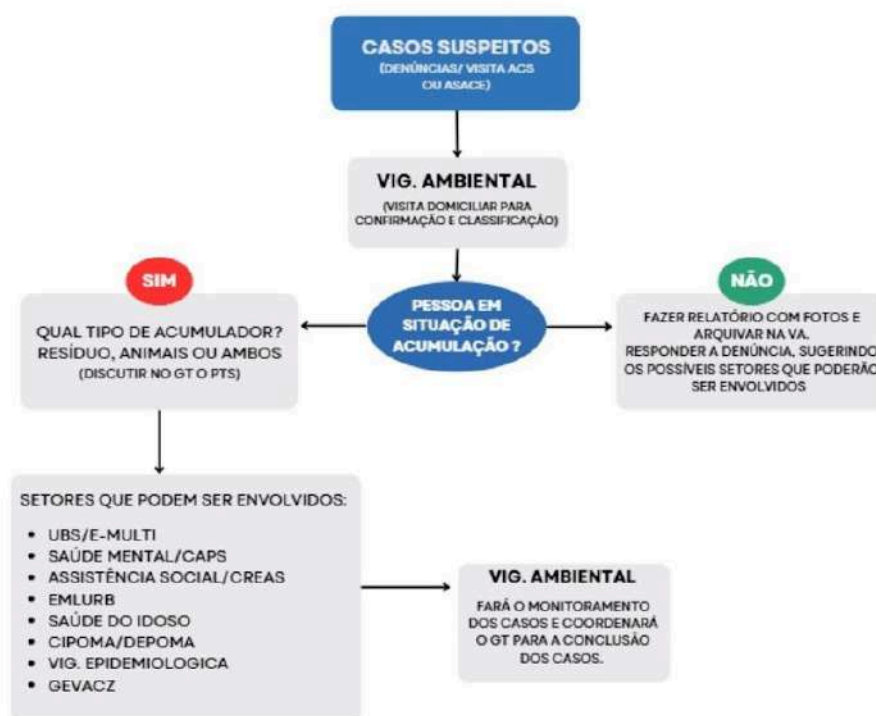
The image shows two versions of a form side-by-side, connected by a right-pointing arrow. On the left is the 'Formulário impresso' (printed form), titled 'FICHA SIMPLIFICADA DE NOTIFICAÇÃO DE POSSÍVEIS CASOS DE ACUMULAÇÃO'. It includes fields for 'Dados da Comunicação' such as 'Responsável', 'Endereço', 'Nome do morador', and 'Situação de acúmulo'. On the right is the 'Formulário Digital' (digital form), titled 'Notificação de Casos Suspeitos de Acumuladores'. It features a sharing interface with an email address 'robertaestelita@gmail.com' and a 'Mudar de conta' link. Both forms include a field for 'Nome do Profissional de Saúde e Função'.

Fonte: Arquivo pessoal, 2025

O novo instrumento, elaborado na ferramenta Google Docs e integrado ao e-mail institucional da SVA do DS VIII, foi distribuído por meio de links de fácil compartilhamento, acesso e preenchimento, e passaram a permitir que todos os profissionais de saúde do território realizem o registro de casos suspeitos ou confirmados. Essa mudança ampliou o alcance da notificação, promoveu maior integração entre as equipes e contribuiu para a redução de perdas de informações, além de garantir maior agilidade e rastreabilidade dos registros a nível distrital, através da VSA.

Quanto ao acompanhamento, foi implementado o fluxo de atendimento (Figura 33), incluindo GT e a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O monitoramento sistemático ocorreram por meio das visitas dos ASACEs aos casos acompanhados. Também foi elaborado um fluxo com os prazos para cada etapa do fluxo de atendimento (Figura 34), e definido o Sistema Eletrônico de Informações (SEI), como a ferramenta de comunicação intersetorial no processo de trabalho, favorecendo maior organização e resolutividade das ações em tempo oportuno.

Figura 33. Fluxo de atendimento dos casos de PSA, suspeitos ou confirmados, no DS VIII

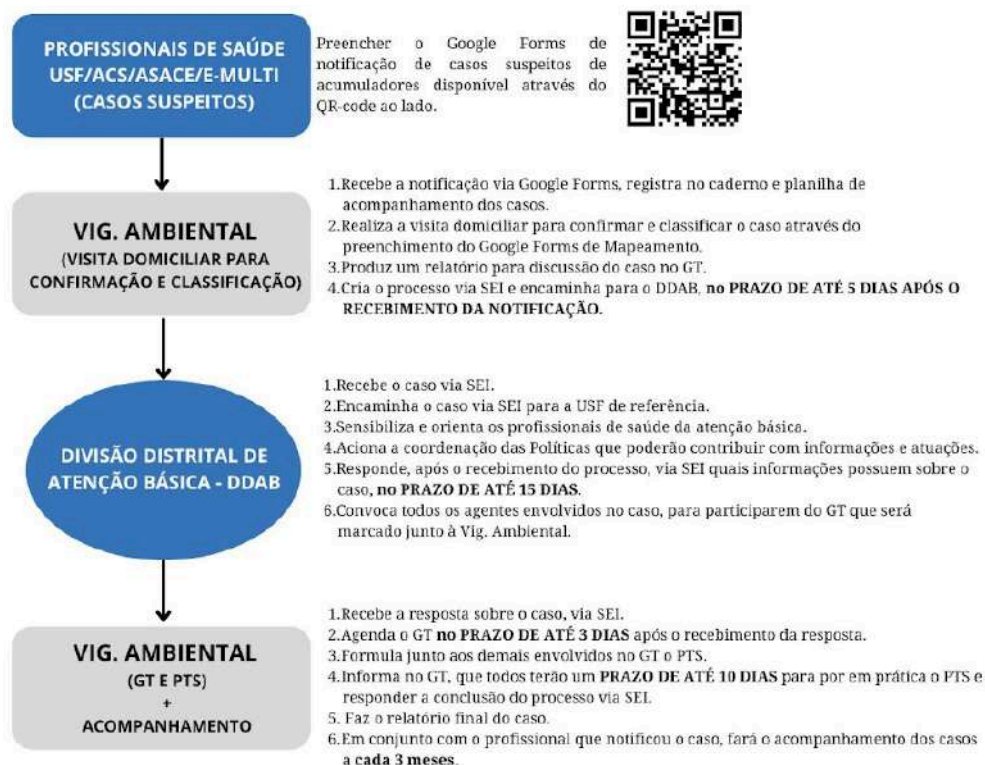


Fonte: Arquivo pessoal, 2025

No que diz respeito ao manejo dos casos, foram realizadas atividades de educação permanente sobre às formas de abordagens para a construção de vínculo entre os profissionais de saúde e as pessoas acometidas pelo transtorno, fazendo análises reflexivas sobre o trabalho com empatia e no olhar integral ao cuidado da pessoa acometida pelo TA e não somente aos resíduos/objetos acumulados. De modo geral, tais estratégias contribuíram para o fortalecimento da articulação entre Vigilância em Saúde, Atenção Básica e Saúde Mental, promovendo maior integração intersetorial no cuidado às PSA.

De acordo com um levantamento realizado por Henriques *et al.* (2019), a partir de registros na plataforma Jusbrasil, até o ano de 2018, foram identificadas 6.739 ações judiciais relacionadas à acumulação compulsiva, envolvendo tanto o acúmulo de objetos quanto de animais. A análise de parte dessas decisões evidencia que as medidas adotadas concentram-se, predominantemente, na remoção imediata dos itens ou animais dos imóveis, havendo menor ênfase na garantia de acompanhamento e cuidado integral à pessoa em situação de acumulação.

Figura 34. Fluxo com os prazos para cada etapa do fluxo de atendimento dos casos suspeitos ou confirmados de PSA no DS VIII



Fonte: Arquivo pessoal, 2025

Neste sentido, intervenções que se limitam à remoção de itens, sem suporte terapêutico ou acompanhamento contínuo, podem fragilizar o vínculo entre paciente e equipe de saúde, favorecendo a recorrência do comportamento acumulativo (Frost; Hart, 1996; Patronek *et al.*, 2006).

Ainda sobre as ações de educação permanente em saúde, foram realizadas 16 apresentações, alcançando aproximadamente 210 profissionais das equipes eMulti, USFs e CAPS (Figura 35). A ampliação do conhecimento técnico entre profissionais da atenção primária é considerada elemento central para qualificação do encaminhamento e manejo desses casos, uma vez que a baixa taxa de identificação e referência adequada é descrita na literatura como um dos principais entraves no cuidado às pessoas com TA (Dodryzlova; O'connor, 2018).

Figura 35. Educação permanente em saúde para eSFs da USF UR4/UR5, na Cohab



Fonte: Arquivo pessoal, 2025

Desde sua inclusão no DSM-5 (APA-EUA, 2014), o TA passou a ser reconhecido como um diagnóstico específico, distinguindo-se de outros agravos mentais. Devido aos seus impactos na saúde pública, na saúde mental, nas condições de moradia e na dinâmica familiar e coletiva, o transtorno demanda intervenções articuladas no âmbito das políticas públicas e da gestão do cuidado, o que reforça a necessidade de capacitação das equipes para evitar classificações imprecisas.

Araújo e Lotufo Neto (2014) destacam que a inclusão do transtorno no DSM-5 representa avanço conceitual relevante, mas sua incorporação na prática clínica ainda enfrenta desafios. Nesse sentido, as ações educativas desenvolvidas contribuíram para aproximar o conhecimento teórico da realidade territorial.

Nas ações da educação em saúde, realizaram-se 20 apresentações que alcançaram cerca de 380 pessoas entre: usuários do SUS, por meio das salas de espera, em 18, das 26 USFs presentes no território (Figura 36); aos usuários e seus familiares, em um, dos cinco CAPS, que atendem os residentes do DS VIII. A literatura aponta que o TA frequentemente permanece subdiagnosticado por longos períodos, seja por vergonha, isolamento social ou ausência de percepção do problema (Frost; Hart, 1996; Postlethwaite *et al.*, 2019). Nesse sentido, estratégias de base comunitária tornam-se relevantes para favorecer a identificação precoce e estimular a busca por cuidado.

Figura 36. Educação em saúde, em conjunto com Assistente Social da eMulti, sobre PSA na USF Josué de Castro, no Ibura



Fonte: Arquivo pessoal, 2025

Foram realizadas ainda oito visitas domiciliares compartilhadas com equipes da eMulti e/ou CAPS, junto às eSFs (Figura 37), possibilitando a avaliação de nove casos suspeitos de PSA. A abordagem interdisciplinar no domicílio mostrou-se alinhada às recomendações internacionais para manejo de casos complexos de acumulação, que demandam articulação entre saúde mental, vigilância e rede de apoio social (Patronek, 1999; Patronek *et al.*, 2006).

Figura 37. Visita domiciliar compartilhada entre CAPS, eSF da USF Vila do Sesi (Ibura), eMulti e VSA, à PSA do DS VIII



Fonte: Arquivo pessoal, 2025

A realização de um Fórum Distrital de Saúde Mental sobre PSA (Figura 38) reuniu aproximadamente 50 participantes, entre profissionais do próprio distrito e de outros territórios, ampliando o debate intersetorial e resultando em convites para participação em GT no Distrito Sanitário II. Esse desdobramento evidencia a relevância do tema no âmbito da gestão pública e a necessidade de construção de respostas institucionais articuladas, conforme defendido por Stumpf, Hara e Rocha (2018), ao destacarem a complexidade clínica e social do transtorno.

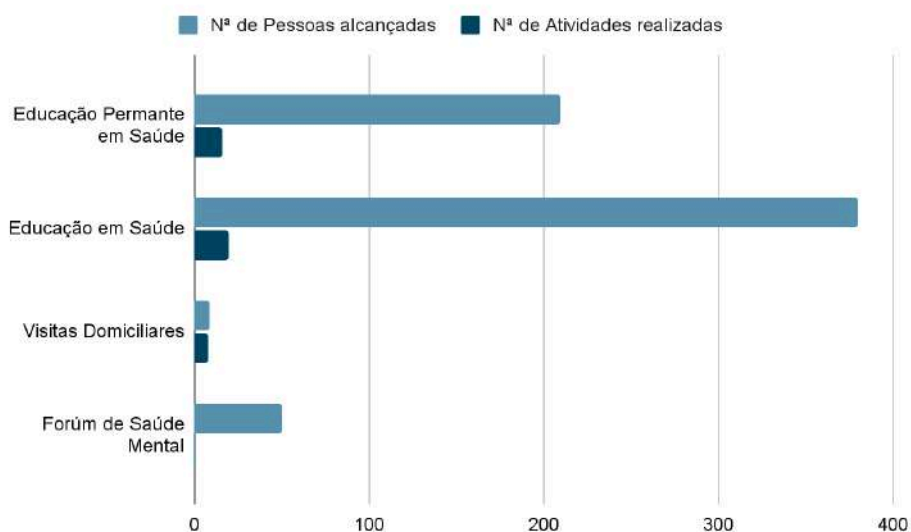
Figura 38. Fórum Distrital de Saúde Mental sobre PSA, no DS VIII



Fonte: Arquivo pessoal, 2025

O gráfico 2, demonstra a quantidade de ações realizadas durante o ano de 2025, referentes às atividades usadas como estratégias na gestão para o cuidado de pessoas em situação de acumulação no DS VIII.

Gráfico 2 - Distribuição do quantitativo e tipos de atividades realizadas como estratégias para a gestão do cuidado da PSA, no DS VIII, Recife/PE, em 2025



Fonte: Registros baseados por atas de frequência e fotos de ações, 2025

Apesar dos avanços observados na capacitação e articulação intersetorial, a continuidade do fluxo estabelecido como processo de trabalho está estagnada na etapa do GT. Esse andamento do fluxo no atendimento dos casos de PSA, no DS VIII, foi impactado por mudanças no Recursos Humanos (RH), tanto nas coordenações da DDAB e VS, quanto dos gerentes de USF e reconfiguração da cobertura de algumas eSFs decorrente de recadastramento populacional e redução do número de usuários adscritos em determinadas áreas. Tais fatores institucionais evidenciam a vulnerabilidade dos processos organizacionais frente às transições administrativas.

Estudos apontam que a construção de respostas efetivas ao transtorno de acumulação requer continuidade institucional, protocolos bem definidos e articulação permanente entre setores (Abreu; Marques, 2022; Khan, 2017). Além disso, a acumulação, especialmente quando associada à Síndrome de Diógenes, pode envolver grave autoabandono e resistência à intervenção, demandando estratégias sustentadas e acompanhamento longitudinal (Khan, 2017).

De modo geral, os resultados evidenciam que a implementação de ações educativas, articulação intersetorial e visitas domiciliares compartilhadas constituem estratégias viáveis no contexto da atenção primária e da vigilância em saúde para qualificação do cuidado de PSA, possibilitando reflexos no território a longo prazo.

Contudo, a consolidação de fluxos como política institucional permanente depende de estabilidade administrativa, pactuação contínua e incorporação na rotina e processo de trabalho das equipes.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou o objetivo proposto de elaborar e implementar estratégias na gestão do cuidado da PSA, com enfoque intersetorial, voltadas à organização de fluxos, qualificação do processo de trabalho e desenvolvimento de ações educativas para o manejo dos casos, no DS VIII. A implantação de formulários digitais e a estruturação de fluxos assistenciais com definição de prazos, representaram avanços concretos na organização do cuidado e na articulação entre Vigilância em Saúde Ambiental, Atenção Primária e Saúde Mental.

Entre os principais desafios enfrentados destacam-se a subnotificação dos casos, a fragilidade prévia na padronização dos registros, a dificuldade de articulação intersetorial contínua e as mudanças administrativas que impactaram a continuidade do fluxo instituído. A necessidade de reclassificação dos casos de acumulação de animais também evidenciou lacunas técnicas que exigiram capacitação específica e reestruturação metodológica.

Apesar dessas limitações, a experiência resultou em benefícios significativos, como ampliação da capacidade de identificação precoce, qualificação das equipes por meio de ações de educação permanente, fortalecimento do debate intersetorial e maior visibilidade institucional do tema. O alcance junto aos profissionais e usuários do SUS demonstra o potencial das estratégias de base territorial para enfrentamento do transtorno.

5. REFERÊNCIAS

- ABREU, L. M.; MARQUES, J. G. **Noah syndrome: a review regarding animal hoarding with squalor.** *Innovations in Clinical Neuroscience*, v. 19, n. 7-9, p. 48-54, jul./set. 2022. PMID: 36204162. PMCID: PMC9507150.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA-EUA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARAÚJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. **A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5.** *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67–82, 2014.
- BODRYZLOVA, Y.; O’CONNOR, K. **Factors affecting the referral rate of the hoarding disorder at primary mental health care in Quebec.** *Community mental health journal*, v. 54, n. 6, p. 773-781, 2018.
- CARDOSO, T. C. M. e BASTOS, P. A. S. **Acumuladores de animais: instrumento de vistoria técnica e perfil de casos no município de Guarulhos, SP, Brasil.** *Revista Brasileira de Ciência Veterinária*, v. 26, n. 3, p. 75–81, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/rbcv/article/view/27645>. Acesso em: 10 fev. 2026.
- CUNHA, G. R.; BIONDO A. W. **Acumulação de animais.** In: . *Medicina Veterinária do Coletivo: fundamentos e práticas.* 1. ed. 2019. p. 172- 178.
- CUNHA, G. R.; MARTINS, C. M.; CECCON-VALENTE, M. F.; SILVA, L. L.; FLOETER, D., ROBERTSON, J. V.; FERREIRA, F.; BIONDO, A. W. **Frequency and spatial distribution of animal and object hoarder behavior in Curitiba, Paraná State, Brazil.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 2, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/tc65qkjRg7b5tQRcyvMnDjq/?lang=en>. Acesso em: 12 fev. 2026.
- FROST, R. O.; HARTL, T. L. **A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding.** *Behaviour research and therapy*, v. 34, n. 4, p. 341-350, 1996.
- GUTIÉRREZ-MURILLO, Roberth Steven. **Atenção urgente ao transtorno de acumulação em pessoas idosas no Brasil: um chamado à ação.** *Debates em Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1–5, 2025. DOI: 10.25118/2763-9037.2025.v15.1491. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/1491>. Acesso em: 10 fev. 2026.
- HENRIQUES, Lucia de Fátima *et al.* **Acumuladores: uma revisão integrativa do potencial risco de disseminação de doenças transmitidas por vetores e outros animais nocivos à saúde.** *Síntese de evidências qualitativas para informar políticas de saúde*, (S.I.), p. 125-138, (2019). Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1022596/bis-v20n2-sintese-de-evidencias-qualitativas-125-138.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2026. (pp. 1-2, 14).
- HOARDING OF ANIMALS RESEARCH CONSORTIUM (HARC). **Health implications of animal hoarding.** *Health & social work*, v. 27, n. 2, p. 125-136, 2002.

KHAN, Shehryar. **Diogenes syndrome: a special manifestation of hoarding disorder**. *The American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, (s.l.), v. 12, n. 8, p. 9-11, ago. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2017.120804>. Acesso em: 10 fev. 2026. (pp. 1-3).

LIMA, F. S. *et al.* **Transtorno de acumulação e perspectivas observadas no processo de envelhecer**. (S. l.), v. 15, n. 28, 2023. DOI: 10.5935/1679-4427.v15n28.0010. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v15n28/1679-4427-mental-15-28-0010.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2026. (pp. 1, 12-13).

LIMA, R. (2011). **Acumuladores compulsivos: uma nova patologia psíquica**. *Rev. Espaço Acadêmico*, p. 11(126), 208-215.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS. **Guia prático para manejo de animais em situação de acumulação**. Belo Horizonte: MPMG, 2023. Disponível em: <https://defesadafauna.blog.br/wp-content/uploads/2021/03/guia-mpmg-cedef-ufmg-atencao-acumuladores-esporotricose-e-leishmaniose-1.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2026.

PATRONEK, G. J.; LOAR, L.; NATHANSON, J. N. (Ed.). **Animal hoarding: structuring interdisciplinary responses to help people, animals and communities at risk**. Hoarding of Animals Research Consortium, 2006.

PATRONEK, G. J. **Hoarding of animals: an under-recognized public health problem in a difficult-to-study population**. *Public health reports*, v. 114, n. 1, p. 81, 1999.

POSTLETHWAITE, A.; KELLER, F.; MATAIX-COLS, D. **Prevalence of hoarding disorder: a systematic review and meta-analysis**. *Journal of Affective Disorders*, v. 256, p. 309–316, 2019.

STUMPF, B. P.; HARA, C.; ROCHA, F. L. **Transtorno de acumulação: uma revisão**. *Geriatrics Gerontology and Aging*, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 54-64, jan./mar. 2018.

WORTH, D.; BECK, A. M. **Multiple ownership of animals in New York City**. *Trans Stud Coll Physicians Philadelphia*, v. 3, n. 4, p. 280-300, 1981.

