



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE - MEDICINA
VETERINÁRIA

LAELIA REGINAE DO MONTE PESSOA
FELIX

**RELATÓRIO DE DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
E SAÚDE ÚNICA COMO ESTRATÉGIA DE ABORDAGEM PARA PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO.**

RECIFE

2021

**LAELIA REGINAE DO MONTE PESSOA
FELIX**

**RELATÓRIO DE DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES DO PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA E SAÚDE ÚNICA COMO ESTRATÉGIA DE
ABORDAGEM PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE
ACUMULAÇÃO.**

Trabalho de Conclusão de Residência em Área Profissional da Saúde - Medicina Veterinária, apresentado à Universidade Federal Rural de Pernambuco, Campus de Recife, para obtenção de título de residente em medicina veterinária.

Área de Saúde Pública.

Tutor: Prof. Dr. Daniel Friguglietti Brandespim

RECIFE

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Sistema Integrado de Bibliotecas
Gerada automaticamente, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F316r

Felix, Laelia Reginae do Monte Pessoa

Relatório de descrição de atividades do programa de residência e Saúde Única como estratégia de abordagem para pessoas em situação de acumulação / Laelia Reginae do Monte Pessoa Felix. - 2021. 59 f. : il.

Orientador: Daniel Friguglietti Brandespim.
Inclui referências.

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência) - Universidade Federal Rural de Pernambuco, Residência em Área Profissional de Saúde em Medicina Veterinária, Recife, 2021.

1. Pessoas em situação de acumulação. 2. Acumuladores. 3. Transtorno de Acumulação. 4. Residência. 5. Integração Ensino-Serviço. I. Brandespim, Daniel Friguglietti, orient. II. Título

CDD 636.089



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE - MEDICINA VETERINÁRIA

81ª REUNIÃO PARA DEFESA DE MONOGRAFIA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE - MEDICINA VETERINÁRIA DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA DA UFRPE, 2021.

Às 10h (dez horas) do dia 22 de fevereiro de 2022 reuniu-se via Plataforma Meet, a Banca Examinadora presidida pelo (a) tutor (a) para apresentação da monografia de conclusão de residência na área de **Medicina Veterinária Preventiva – Saúde Pública** de autoria do (a) aluno (a) LAELIA REGINAE DO MONTE PESSOA FELIX. O (a) Presidente da Banca Examinadora, dando início aos trabalhos, concedeu a palavra ao (a) aluno (a) para breve apresentação da sua Monografia. Em seguida, concedeu a palavra, por ordem, à Banca Examinadora assegurando ao (a) aluno (a) o direito de resposta. Terminada a arguição a Banca Examinadora, passou aos trabalhos de julgamento, tendo considerado o trabalho_____.

Recife, 22 de fevereiro de 2021.

Prof. Dr. Daniel Friguglietti Brandespim (presidente)_____

Med. Vet. Msc. Renata Guimarães Vieira (membro titular)_____

Med. Vet. Ms. Jaqueline Maria dos Santos Sousa (membro titular)_____

Em tempo:

Dedicatória

A minha mãezinha amada.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe, por sempre me apoiar em todo o meu caminho e por ser a pessoa que mais acredita na minha capacidade, por torcer apaixonadamente pelo meu sucesso e por ser meu porto seguro;

Ao meu pai, por ser um companheiro em todas as minhas decisões, apoio incondicional e por ser uma inspiração de profissionalismo e amor pela ciência;

A minha irmã querida que do jeitinho dela torce por mim e me faz ser uma pessoa melhor;

A minha companheira Marila, exemplo de lealdade, amor, carinho, compreensão e por fazer eu acreditar em mim todos os dias;

Ao meu orientador Prof. Dr. Daniel Friguglietti Brandespim, um profissional que emociona pelo amor a saúde pública, pela gentileza, paciência, por estar sempre à disposição e por me fazer voltar a ter amor pela academia;

A minha preceptora Renata, uma profissional inspiradora, pelo acolhimento desde o primeiro dia, pelos incontáveis ensinamentos, orientações, disposição e por ser um exemplo de profissional para mim;

Aos profissionais do DS VII, pelo acolhimento, paciência, ajuda e ensinamentos, em especial para George, um grande companheiro de pesquisas, pela confiança e por toda paciência ao me ajudar em tudo;

A Jaqueline, uma querida, que me convidou para participar da sua pesquisa me trazendo a oportunidade de conhecer um pouco mais do Sistema Único de Saúde;

As minhas companheiras de trabalho e amigas Cris e Laiane, por estarem sempre ao meu lado, sem vocês essa vivência teria menos risadas e emoção. Obrigada pelo apoio, conselhos, brigas, cervejas e carinho.

A Robinho, que é minha irmã de alma, por estar presente, acreditando em mim a vida toda;

A todos os meus amigos e familiares, que são o meu ponto de equilíbrio e fazem minha vida ser mais feliz;

A minha turma de residência que é incrível, que gostaria de ter vivido mais juntinho;

A UFRPE, por permitir a realização deste trabalho;

A todos o meu obrigada, sozinho ninguém vai a lugar nenhum

RESUMO

O Programa de Residência em Área Profissional em Saúde – Medicina Veterinária/UFRPE é um Programa na modalidade de ensino de Pós-graduação *Lato Sensu* destinado exclusivamente a profissionais médicos-veterinários. É uma formação opcional, mas possibilita um intensivo treinamento teórico-prático supervisionado para a formação de profissionais qualificados. O presente trabalho tem como objetivo relatar as atividades realizadas pelo residente durante o biênio 2019-2021. Entre os meses de março e abril foram realizadas as disciplinas obrigatórias e posteriormente são realizadas as atividades práticas teórico-práticas da área de concentração da saúde pública. A vivência foi realizada na Prefeitura da Cidade do Recife, mais precisamente na Vigilância em Saúde do Distrito Sanitário (DS) VII, onde foi possível acompanhar as quatro vigilâncias. Na área de Vigilância Ambiental foi possível participar do planejamento, organização e monitoramento de duas campanhas antirrábicas, além da pós-campanha. Foram realizadas visitas técnicas domiciliares em casos suspeitos de zoonoses, maus-tratos, acumuladores e arboviroses, além do acompanhamento do Levantamento rápido do índice de infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA), controle de roedores e animais sinantrópicos, participar do processo de territorialização do DS, e de outras ações programadas no enfrentamento da COVID-19 e Inquérito de Leishmaniose Visceral Canina (LVC). Na área de Vigilância Epidemiológica foram acompanhadas investigações de óbito suspeitos por zika, dengue, *Chikungunya* e leptospirose, além das atividades relacionadas a COVID-19. Também foi possível realizar palestras sobre esporotricose para profissionais de saúde, participar da construção do boletim da Vigilância em Saúde e da campanha de vacinação contra sarampo e influenza. Já na área de Vigilância Sanitária foi possível participar da inspeção de estabelecimentos relacionados a saúde e, em conjunto com a Vigilância em Saúde do Trabalhador, auxiliar na organização de um simpósio e realizar uma pesquisa sobre Comportamento, Atitudes e Práticas de manipuladores em padarias e panificadoras. Diante do exposto, pode-se observar a importância do Programa de Residência em Medicina Veterinária na formação do médico veterinário na saúde pública e especificamente pela experiência adquirida na área de Vigilância em Saúde.

Palavras chave: Residência; Integração Ensino-Serviço; Vivência.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 – Equipe da campanha de vacinação antirrábica 2020 e 2019	18
Figura 2 – Monitoramento das caixas térmicas na campanha antirrábica.	18
Figura 3 – Pós-campanha antirrábica com ASACEs no bairro de Pau Ferro	18
Figura 4 – Pós-campanha antirrábica com ASACEs na comunidade de Pau Ferro	19
Figura 5 – Animais suspeitos de esporotricose.....	20
Figura 6 – Georeferenciamento e mapa de calor dos casos suspeitos de esporotricose do DS VII.	22
Figura 7- Visita técnica com equipe veterinária do GVAZ.	23
Figura 8 - Testagem para filariose nas escolas municipais do DSVII	23
Figura 9 - Atividades educativas teóricas em escolas municipais o no DSVII	23
Figura 10 - Atividades educativas práticas em escolas municipais o no DS VII.....	23
Figura 11 - (a) ASACE avaliando presença de <i>Aedes aegypt</i> na residência de uma pessoa em situação de acumulação animal. (b) Felino preso a corrente e sem acesso a água. (c) Animal sendo vacinado.....	24

Figura 12 - Residências com excesso de resíduos sólidos no DS VII.	24
Figura 13 - Ação conjunta com a Defesa Civil para avaliação de risco de desabamento no DS VII.....	25
Figura 14 - Casos de PSA onde foram necessárias ações intersetoriais	25
Figura 15 - Reuniões para territorialização e construção de mapas	26
Figura 16 - Mapa para construção da territorialização.....	26
Figura 17 - Ficha de mapeamento para inquérito de leishmaniose	27
Figura 18 - Coleta de material para diagnóstico de LVC	27
Figura 19 - Mutirão LIRAA	28
Figura 20 - Ação com o GVAZ para controle de escorpião.....	29
Figura 21 - Sanitização no Centro Médico Senador José Hermínio de Moraes	29
Figura 22 - Estação itinerante no bairro de Nova Descoberta	30
Figura 23 - Ação porta a porta no combate da COVID-19.....	30
Figura 24 - Investigação de óbito suspeito por dengue no bairro de Passarinho	31
Figura 25 - Apresentação sobre esporotricose aos profissionais de saúde	32
Figura 26 - Boletim da Vigilância em Saúde do DS VII.....	32

Figura 27 - Vacinação contra Influenza <i>drive thru</i> em 25 de março de 2020	33
Figura 28 - Sistema de Informação para registro de doses da 22 Campanha Nacional contra a Influenza.....	33
Figura 29 - Print de vídeo-aula de capacitação para os vacinadores.....	34
Figura 30 - Capacitação presencial para os vacinadores.	34
Figura 31 - Capacitação de odontólogos para realização de testes rápidos e <i>swab</i> nasal na sede do DS VII.....	35
Figura 32 - Implantação de testagem para COVID-19 na Unidade de Saúde Iná Rosa Borges DS VII.....	35
Figura 33 - Investigação de óbito suspeito de COVID-19 no DS VII.....	35
Figura 34 - Ave criada de forma ilegal encontrada em uma casa de ração no bairro de Nova Descoberta	36

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Felinos suspeitos de esporotricose por sexo	20
Gráfico 2- Estado clínico dos felinos visitados.....	21
Gráfico 3- Denúncias de esporotricose atendidas no DS VII por bairro.....	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UFRPE - Universidade Federal Rural de Pernambuco

NCO - Núcleo Comum Obrigatório

NEAC - Núcleo Específico de Área de Concentração

VS - Vigilância em Saúde

DS – Distrito Sanitário

RPA - Regiões Político-Administrativas

SUS - Sistema Único de Saúde

ZEIS - Zona Especial de Interesse Social

VISA - Vigilância Sanitária

VE – Vigilância Epidemiológica

VSA - Vigilância em Saúde Ambiental

ASACEs - Agentes de Saúde Ambiental e Combate a Endemias

GVACZ - Vigilância Ambiental e Controle de Zoonoses

LIIR - Levantamento do Índice de Infestação de Roedores

PSA – Pessoas em Situação de Acumulação

EMLURB - Empresa de Manutenção e Limpeza Urbana

NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

LVC - Leishmaniose Visceral Canina

LIRAA - Levantamento rápido do índice de infestação por *Aedes aegypti*

PCR – Prefeitura da Cidade do Recife

VST - Vigilância em Saúde do Trabalhador

DTA - Doenças Transmitidas por Alimentos e Água

ACS – Agente Comunitário de Saúde

VIGIAGUA - Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

SUMÁRIO

Capítulo I – Descrição das atividades do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde – Medicina Veterinária	12
1. INTRODUÇÃO	12
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	12
2.1 DISCIPLINAS CURSADAS	12
2.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	15
2.4 VIGILÂNCIA AMBIENTAL.....	16
2.5 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	30
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	43
Capítulo II – Mapeamento e frequência de Pessoas em Situação de Acumulação em uma Região de Saúde	45
1. INTRODUÇÃO	46
2. METODOLOGIA.....	48
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS.....	57

Capítulo I – Descrição das atividades do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde – Medicina Veterinária

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Residência Multiprofissional em Área Profissional de Saúde foi criado pela Lei nº 11.129 em 2005, na modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinada aos profissionais de saúde, com o objetivo de qualificar profissionais ao mercado de trabalho em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde. O Programa de Residência em Área Profissional em Saúde em Medicina Veterinária da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE) é dividido em 11 áreas de concentração, entre elas, a Saúde Pública. Tem carga horária total mínima de 5760 horas, das quais 4608 horas (80%) são destinadas às atividades práticas e 1152 horas (20%) às atividades teórico e teórico-práticas, distribuídas em 60 horas semanais, com a duração de dois anos.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

2.1 DISCIPLINAS CURSADAS

No período da Residência em Medicina Veterinária foram cursadas disciplinas teórico-prática que pertencem a dois grupos: Núcleo Comum Obrigatório (NCO) e Núcleo Específico de Área de Concentração – NEAC. As disciplinas cursadas (Tabela 1) foram realizadas no departamento de Medicina Veterinária da UFRPE e apenas Dermatologia Veterinária de forma online. Nos dois primeiros meses foram cursadas disciplinas do NCO e a NEAC foi cursada em dezembro de 2020.

Tabela 1 - Disciplinas cursadas durante o período de Residência entre março/2019 a fevereiro/2021.

Disciplina Cursada	Núcleo Comum Obrigatório (NCO) e Núcleo Específico de Área de Concentração (NEAC)
Bioética e Ética Profissional em Medicina Veterinária	NCO
Bioestatística	NCO
Epidemiologia e Medicina Veterinária Preventiva	NCO
Metodologia Científica	NCO
Políticas Públicas de Saúde	NCO
Procedimentos de coleta de material para diagnóstico de doenças em animais	NCO
Seminário de Conclusão de Residência	NCO
Integração Ensino e Serviço	NCO
Trabalho de Conclusão de Residência	NCO
Dermatologia Veterinária	NEAC
Total	11

2.2 ATIVIDADES PRÁTICAS E TEÓRICO-PRÁTICAS

O período de atividades práticas e teórico-práticas é de grande valia para o residente, momento este em que ocorre o aperfeiçoamento dos conhecimentos adquiridos na academia, através das atividades práticas proporcionando segurança para o mercado de trabalho, além de favorecer a oportunidade de aprender sobre a dinâmica das relações interpessoais no ambiente de trabalho.

As atividades práticas e teórico-práticas da área de concentração em Saúde Pública foram realizadas, após cursar as disciplinas do NCO, na Prefeitura da Cidade do Recife (PCR), na Vigilância em Saúde (VS) do Distrito Sanitário (DS) VII, região político administrativa de saúde composta por 13 bairros e 188.538 habitantes (RECIFE, 2018).

A cidade do Recife tem uma grande concentração econômica e demográfica, quando comparado ao restante do estado de Pernambuco. Com o objetivo de facilitar o planejamento e a gestão, em 1997, o município foi dividido

em seis Regiões Político-Administrativas (RPA) (RECIFE, 1997). Acompanhando a divisão das RPA, foi dividido também em seis Regiões Político-Administrativas de Saúde os Distritos Sanitários (DS). No entanto, como o território está em constante evolução, pelas diferenças territoriais, socioeconômicas, apelo dos usuários, trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2013 foi estruturada uma nova divisão político administrativa da saúde, com a criação de dois novos distritos sanitários, desmembrando os dois distritos mais populosos (RECIFE, 2018). A nova distribuição das regiões de saúde ficou dividida como descrito na Tabela 2.

A definição de território vai além do espaço político-operacional do sistema de saúde, cada DS é caracterizado por um perfil demográfico, epidemiológico, político, cultural e socioambiental, que identifica um território em constante construção. Essa delimitação permite aos gestores e trabalhadores da saúde, conhecimento, planejamento, efetividade das ações e criação de vínculo com a comunidade.

O DS VII é dividido em três microrregiões: 7.1 (Alto José do Pinho, Mangabeira, Vasco da Gama, Alto José Bonifácio, Morro da conceição); 7.2 (Nova Descoberta, Macaxeira, Passarinho e Brejo de Beberibe) e 7.3 (Guabiraba, Pau Ferro, Córrego do Jenipapo e Brejo da Guabiraba).

Está classificado como uma Zona especial de Interesse Social (ZEIS), que é uma área com população de baixa renda protegida por normas especiais de uso e ocupação do solo, diferentes das regras aplicadas no resto da cidade, com o objetivo de impedir a especulação imobiliária e a consequente expulsão de suas comunidades dos territórios. É cortado por morros, rios e canais, vive em intermitência de água e tem apenas dois bairros parcialmente saneados: Passarinho, com aproximadamente 40%, e Macaxeira, com 80% de área, fatores que geram grandes desafios para a saúde (RECIFE, 2020; RECIFE, 2018).

Tabela 2 – Distribuição dos DS por RPA e bairros, Recife 2020.

Distritos Sanitários	Bairros
DS I (RPA 1 – centro: 11 bairros)	Recife, Cabanga, Soledade, Santo Amaro, São José, Coelhoos, Boa Vista, Paissandu, Ilha Joana Bezerra, Santo Antônio e Ilha do Leite.
DS II (RPA 2 – norte: 18 bairros)	Torreão, Ponto de Parada, Rosarinho, Porto da Madeira, Fundão, Cajueiro, Encruzilhada, Beberibe, Hipódromo, Água Fria, Peixinhos, Bomba do Hemetério, Campina do Barreto, Arruda, Campo Grande, Alto Santa Terezinha, Linha do Tiro e Dois Unidos.
DS III (RPA 3 – noroeste: 16 bairros)	Aflitos, Alto do Mandú, Apipucos, Casa Amarela, Casa Forte, Derby, Dois Irmãos, Espinheiro, Graças, Jaqueira, Monteiro, Parnamirim, Poço, Santana, Sítio dos Pintos e Tamarineira.
DS IV (RPA 4 – oeste: 12 bairros)	Cidade Universitária, Engenho do Meio, Madalena, Várzea, Torrões, Torre, Iputinga, Prado, Zumbi, Cordeiro, Ilha do Retiro e Caxangá.
DS V (RPA 5 – sudoeste: 16 bairros)	Caçote, Mangueira, Bongí, Mustardinha, Curado, San Martin, Jardim São Paulo, Areias, Sancho, Barro, Estância, Tejipió, Coqueiral, Jiquiá, Totó e Afogados.
DS VI (RPA 6 – sul: 5 bairros)	Boa Viagem, Brasília Teimosa, Imbiribeira, Ipsep e Pina.
DS VII (RPA 3 – 13 bairros)	Alto José Bonifácio, Alto José do Pinho, Mangabeira, Morro da Conceição, Vasco da Gama, Brejo da Guabiraba, Brejo de Beberibe, Córrego do Jenipapo, Guabiraba, Macaxeira, Nova Descoberta, Passarinho e Pau Ferro.
DS VIII (RPA 6- 3 bairros)	Ibura, Jordão e Cohab.

Fonte – Plano Municipal de Saúde, Recife 2018.

2.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A resolução Nº 588, de 13 de junho de 2018, define a VSA como o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a

regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2018). Essas ações são programadas e ofertadas de forma organizada, universal e transversal, pelo SUS, orientando o modelo de atenção nos territórios para garantir a integralidade das ações à saúde da população (BRASIL 2018). Realizando um diagnóstico comunitário, a VS tem como objetivo melhorar o nível de saúde da população, através de programas de saúde equânimes, mudando seu estado geral (VAUGHAN& MORROW, 1992).

A VS é formada por equipes multidisciplinares que viabilizam ações intersetoriais e tem como componentes a Vigilância da Saúde do Trabalhador (VST), Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária (VISA) e Vigilância Epidemiológica (VE) e ao longo da residência, foram realizadas atividades por meio de rodízio nas quatro vigilâncias. A diretoria executiva da VS do DS VII, onde se localizam as quatro vigilâncias citadas, fica localizada na Rua Córrego do Euclides, 309, no primeiro andar da Upinha ACS Maria Rita, bairro do Alto José Bonifácio.

2.4 VIGILÂNCIA AMBIENTAL

A Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente, que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde (BRASIL, 2002).

A VSA de Recife tem uma legislação própria, a partir do Decreto Municipal nº 19.187 de 2002, que institui o Programa de Saúde Ambiental (PSA), sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde. O objetivo é executar as ações de vigilância epidemiológica de controle, de educação e informação em saúde, dirigidas ao meio físico-biológico e social. O Programa de Saúde Ambiental tem ações descentralizadas nos oito DS, através da atuação dos agentes ambientais.

O programa, por meio da ação dos Agentes Comunitários de Saúde Ambiental e Combate a Endemias (ASACEs), teve um importante impacto na redução de doenças epidemiologicamente importantes no município, como a dengue e a filariose, executando ações de vigilância, controle e educação em saúde (RECIFE, 2009). A quantidade de ASACEs em cada território é diferenciado em função do risco social e ambiental de cada bairro (PINHEIRO, 2011). O DS VII possui 76 ASACEs, 10 supervisores de campo, dois supervisores de monitoramento, um supervisor da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA) e um supervisor geral. Os ASACEs realizam a maior parte das ações na VSA por meio de visitas domiciliares estabelecendo uma parceria entre a população e a PCR.

Durante a vivência foi possível participar da campanha antirrábica de vacinação animal nos anos de 2019 e 2020 (Figura 1), desenvolvendo atividades como o planejamento, solicitação de insumos e capacitação, distribuição e monitoramento dos postos no dia da vacinação. A campanha ocorre anualmente e tem como objetivo imunizar a população de cães e gatos e prevenir a raiva, doença 100% letal.

A supervisão dos postos no ano de 2019, foi realizada com apoio do carro da prefeitura no dia da campanha. A ação contou com a presença de outros dois residentes e entre as atividades era realizada a avaliação da temperatura das caixas térmicas (Figura 2), eram repassadas orientações aos vacinadores sobre doses, cuidados veterinários, aplicação do imunobiológico e encaminhamentos em casos de agressão. Em 2020, em razão da pandemia do coronavírus, a campanha ocorreu de forma descentralizada, com postos espalhados em 11 bairros do DS VII e durou de 24 de outubro a 11 de dezembro. Nos dois anos foram cumpridas as metas exigidas pela Gerência de Vigilância Ambiental e Controle de Zoonoses (GVACZ).

FIGURA 1- Equipe da campanha de vacinação antirrábica 2019 e 2020.



Fonte: Arquivo pessoal.

FIGURA 2- Monitoramento das caixas térmicas na campanha antirrábica.



Fonte: Arquivo pessoal.

Uma outra atividade acompanhada na VSA foi a vacinação pós-campanha antirrábica (Figura 3) em localidades de difícil acesso com os ASACEs que andam nas comunidades fazendo a vacinação porta a porta, garantindo maior cobertura na imunização de cães e gatos do DS. Durante a ação foi permitido, além da vacinação, ter contato com os usuários, investigar a presença de animais suspeitos de zoonoses e trabalhar a educação em saúde em áreas mais afastadas dos centros de saúde (Figura 4).

FIGURA 3- Pós-campanha antirrábica com ASACEs no bairro de Pau Ferro.



Fonte: Arquivo pessoal.

FIGURA 4- Pós-campanha antirrábica com ASACEs na comunidade de Pau Ferro.



Fonte: Arquivo pessoal.

Durante o período de vivência, as denúncias dos usuários e os casos notificados pelos ASACEs de esporotricose animal eram passados para os residentes. Então, foram feitas visitas domiciliares, acompanhadas pelo ASACE supervisor de área, para avaliação animal, ambiental e educação em saúde. Os tutores de animais com lesões suspeitas foram orientados a levá-los para o Hospital Veterinário Escola da UFRPE, que até o final de 2019 recebia demanda espontânea de esporotricose, ou para o Hospital Veterinário do Recife, ambas instituições públicas, visto que os usuários atendidos não tinham condições financeiras de ir a clínicas particulares. Outro fluxo de notificação, foi a notificação de esporotricose humana vindo da VE, onde, primeiramente, foram feitas ligações telefônicas para saber se tinham animais envolvidos na transmissão e, quando confirmado, se necessário, realizavam-se visitas domiciliares. Durante as ligações também foi possível tirar dúvidas dos usuários sobre a esporotricose e viabilizar consultas, com apoio da VE, para os pacientes que não estavam, ou tinham abandonado, o tratamento. Os casos suspeitos eram definidos a partir da presença de lesões cutâneas características (Figura 5), o animal ter acesso a rua e ser domiciliado em área com registro de outros casos de esporotricose.

FIGURA 5- Animais suspeitos de esporotricose.

Fonte: Arquivo pessoal.

Foram notificados 79 felinos suspeitos de esporotricose no período entre abril de 2019 e dezembro de 2020, 63 machos e 16 fêmeas (Gráfico 1), desses, quatro haviam sido curados, 26 estavam em tratamento, 24 estavam sem tratamento, 17 foram a óbito e sete tinham sido eutanasiados (Gráfico 2). Obairro com maior incidência de notificações foi Alto José Bonifácio, já a Mangabeira e Morro da Conceição tiveram menores índices (Gráfico 3). Passarinho e Pau ferro não tiveram nenhuma notificação.

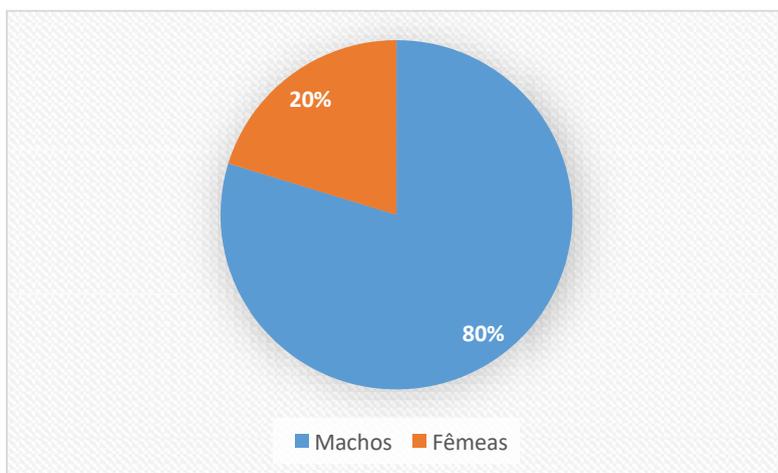
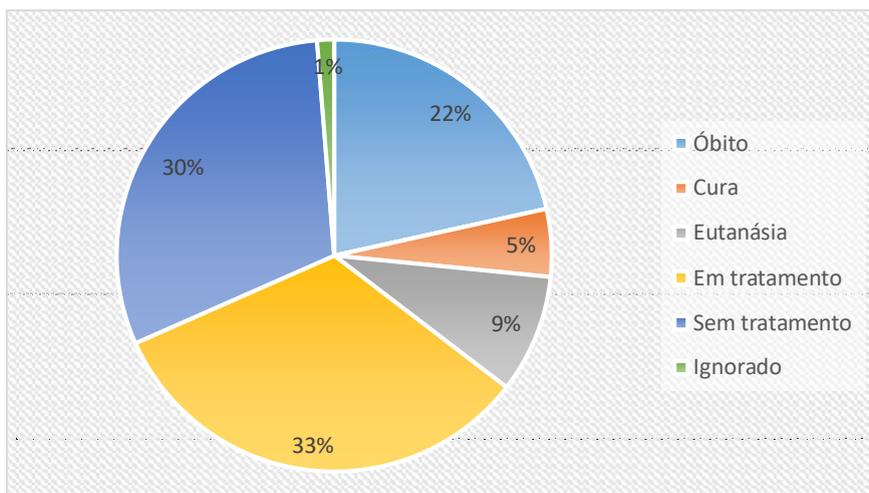
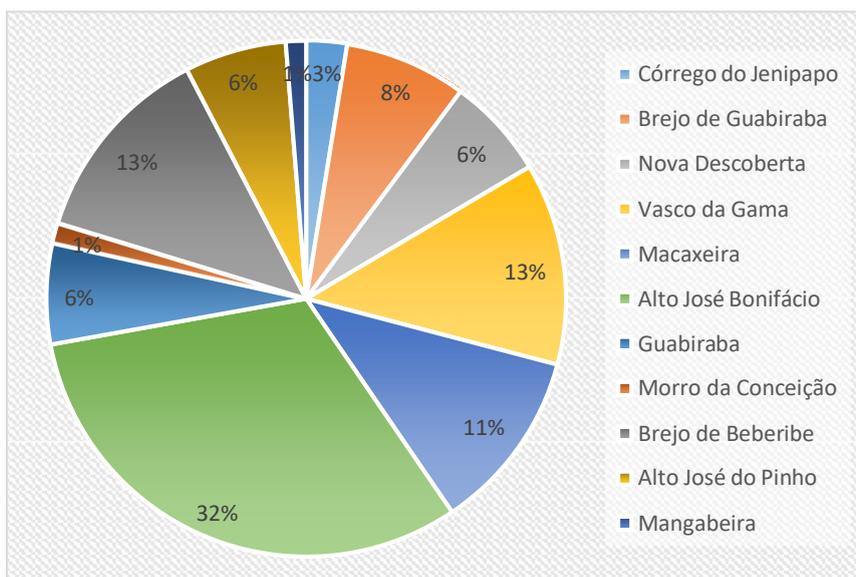
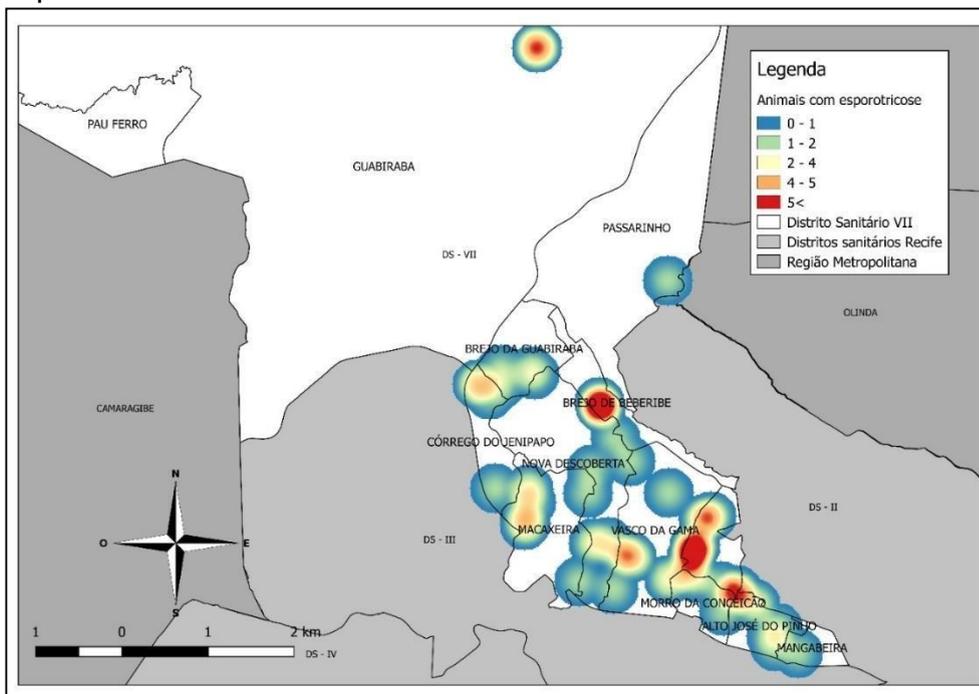
Gráfico 1 – Felinos suspeitos de esporotricose por sexo.

Gráfico 2 – Estado clínico dos felinos visitados**Gráfico 3 – Denúncias de esporotricose atendidas no DS VII por bairro.**

Devido à grande demanda relacionada a esporotricose, foi realizado o georeferenciamento com QGIS 2.18.16® (Figura 6) dos casos suspeitos, tecnologia usada para vigilância e análise, de maneira estratégica, das doenças, com o objetivo de controle epidemiológico. Também foi realizado um mapa de calor (Figura 6), ferramenta que gera previsão de difusão e comportamento da doenças, para planejamento das ações da VSA, tanto nas áreas de maior calor, maior notificação, quanto nas áreas mais frias, silenciosas. Os dados foram expostos ao GVACZ e as áreas mais quentes foram visitadas com a equipe veterinária (Figura 7) para programação de ações futuras.

FIGURA 6- Georeferenciamento e mapa de calor dos casos suspeitos de esporotricose do DS VII.



Fonte: Arquivo pessoal.

FIGURA 7- Visita técnica com equipe veterinária do GVAZ.



Fonte: Arquivo pessoal.

A Filariose Linfática é uma das doenças mais antigas do mundo, cuja transmissão ocorre através da picada das fêmeas hematófagas do *Culex quinquefasciatus*, mosquito muito presente nas regiões tropicais do mundo (OMS, 2015). Na América Latina, essa enfermidade atinge cerca de 11 milhões de pessoas, com maior prevalência no Haiti (OPAN, 2011). No Brasil, Pernambuco é o único estado endêmico, representado pelas zonas urbanas dos municípios de Recife, Olinda, Jaboatão dos Guararapes e Paulista (BRASIL, 2020).

Desde 2003, Recife está inserida no Programa de Controle e Eliminação da Filariose, da Organização Mundial da Saúde, juntamente com ações municipais de controle da filariose. O trabalho foi intensificado em áreas prioritárias e é realizado com apoio dos ASACEs. O programa modificou o panorama da doença e diminuiu significativamente o número de casos na cidade

(RECIFE 2018). Durante a vivência, foi possível auxiliar as equipes na realização de testes rápidos (Figura 8) nas escolas municipais de ensino fundamental do DSVII. Nenhuma criança, adolescente, professor ou funcionário das escolas testou positivo durante as coletas.

FIGURA 8- Testagem para filariose nas escolas municipais do DSVII.



Fonte: Arquivo pessoal.

Outra atividade em parceria com os ASACEs, foram ações educativas nas escolas municipais, com atividades teóricas (Figura 9) e práticas (Figura 10) sobre bem estar animal, meio ambiente e arboviroses.

FIGURA 9- Atividades educativas teóricas em escolas municipais o no DS VII.



Fonte: Arquivo pessoal.

FIGURA 10- Atividades educativas práticas em escolas municipais do DSVII.

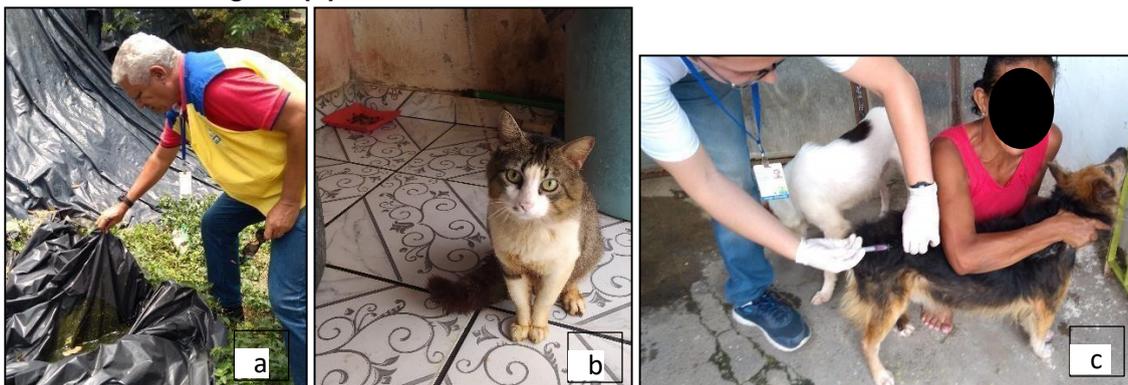


Fonte: Arquivo pessoal.

Demandas relacionadas a animais como: maus tratos, Pessoas em Situação de Acumulação (PSA) animal, animais agressivos, infestação por ectoparasitas e suspeitas de zoonoses, eram repassadas e agendadas para

visitas domiciliares, sempre com apoio do supervisor de área, para uma avaliação técnica e encaminhamentos das ações cabíveis. Muitas vezes o trabalho de educação em saúde sobre manejo, bem-estar animal, vacinação animal, organização do ambiente e monitoramento do ASACE (Figura 11) eram consideradas suficientes. Em outras situações, quando apenas a VSA não conseguia resolver, era solicitado apoio intersetorial da saúde, como por exemplo, Empresa de Manutenção e Limpeza Urbana (EMLURB) para remoção de resíduos sólidos que ofereciam riscos à saúde (Figura 12); Defesa Civil para avaliação de risco de desabamento (Figura 13); Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Saúde Mental, Saúde do Idoso para casos de PSA (Figura 14). Outra atividade realizada em conjunto com a coordenação da Saúde Mental foi duas sensibilizações para alunos de medicina sobre PSA. Houve um caso de denúncia para a Secretaria Executiva dos Direitos dos Animais (SEDA) por violação do bem-estar de aves e suspeita de criação de galos de briga.

FIGURA 11- (a) ASACE avaliando presença de *Aedes aegypti* na residência de uma pessoa em situação de acumulação animal. (b) Felino preso a corrente e sem acesso a água. (c) Animal sendo vacinado.



Fonte: Arquivo pessoal.

FIGURA 12- Residências com excesso de resíduos sólidos no DS VII.



Fonte: Arquivo pessoal.

FIGURA 13- Ação conjunta com a Defesa Civil para avaliação de risco de desabamento no DS VII.



Fonte: Arquivo pessoal.

FIGURA 14- Casos de PSA onde foram necessárias ações intersetoriais.



Fonte: Arquivo pessoal.

Outra atividade realizada com a VSA em parceria com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante as atividades práticas do Programa de Residência, foi a participação no processo de atualização da territorialização (Figura 15) do DS. O DS VII conta com 24 unidades de saúde distribuídas nos seus 13 bairros. No processo, são desenhados mapas das áreas cobertas de cada unidade de saúde (Figura 16), QGIS 2.18.16®, para identificar a existência de áreas descobertas, novas habitações e redistribuição da cobertura pelas unidades de saúde. Após a construção dos mapas, são feitas reuniões com as equipes de cada unidade, para atualização da cobertura (Figura 15).

FIGURA 19 – Mutirão LIRAa.

Fonte: Arquivo pessoal.

Durante a vivência foi acompanhado o trabalho dos ASACEs no controle de roedores e animais sinantrópicos (Figura 20). Este controle é de responsabilidade da comunidade, mais precisamente do dono do imóvel, porém, em situações de altos índices de infestação, onde a vida da comunidade pode ser afetada, o poder público promove ações conjuntas. A VSA possui um programa de controle de roedor, que realiza o cálculo Levantamento do Índice de Infestação de Roedores (LIIR) nas residências nos meses de janeiro e julho (período pré-epidêmico), este índice vai ser o indicador de infestação do território. As ações de controle serão direcionadas para os extratos (bairros) com maior índice e a partir do indicador epidemiológico, que são as áreas com casos de leptospirose humana ou animal. Também são realizadas ações programadas, como a desratização, que ocorre antes da Festa de Nossa Senhora da Conceição, no bairro do Morro da Conceição. O controle de escorpiões é efetuado, principalmente, via medidas preventivas e orientações sobre cuidado com entulhos, baratas, esgotamento sanitário e higiene das residências. Os inseticidas são usados apenas como coadjuvantes, pois não são a melhor medida de controle, além de serem extremamente tóxicos, podem gerar resistência nesses artrópodes.

FIGURA 20 – Ação com o GVAZ para controle de escorpião.



Fonte: Arquivo pessoal.

Em resposta a pandemia da COVID-19, a VSA realizou um conjunto de ações: a sanitização, uma nova técnica para desinfecção direcionada para as unidades de saúde (Figura 21); as estações itinerantes (Figura 22), onde eram realizadas ações educativas relacionadas a COVID-19 (como lavar as mãos, dúvidas sobre diagnóstico, testagem, entre outras); ação porta a porta contra a COVID-19, onde eram doados produtos de limpeza e álcool 70%, e realização da educação em saúde nos domicílios (Figura 23).

FIGURA 21 – Sanitização no Centro Médico Senador José Hermínio de Moraes.



Fonte: Arquivo pessoal.

FIGURA 22 – Estação itinerante no bairro de Nova Descoberta.



Fonte: Arquivo pessoal.

FIGURA 23 – Ação porta a porta no combate da COVID-19.



Fonte: Arquivo pessoal.

2.5 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A VE é entendida como um conjunto de ações para conhecimento, detecção ou prevenção de mudanças nos fatores condicionantes e determinantes de saúde, de forma individual e/ou coletiva, com o intuito de orientar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos (BRASIL, 1990).

Durante a vivência, foi possível acompanhar as ações da vigilância durante o surto de sarampo em 2019. Juntamente a equipe da VE, foram realizadas e preenchidas fichas de investigação de casos suspeitos, coletas de casos suspeitos e bloqueio vacinal nas escolas.

Outra atividade acompanhada, foram as investigações em conjunto com a VSA de óbitos suspeitos por zika, dengue, *Chikungunya* e leptospirose. Enquanto a VE preenche a ficha de investigação, a ambiental analisa as questões ambientais que podem estar associadas ao caso (Figura 24).

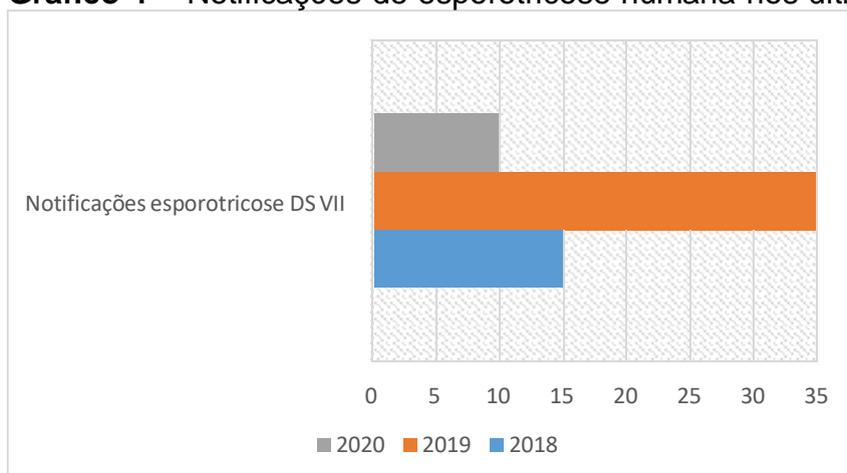
FIGURA 24 – Investigação de óbito suspeito por dengue no bairro de Passarinho.



Fonte: Arquivo pessoal.

As notificações de esporotricose humana e animal aumentaram de forma significativa entre os anos de 2018 e 2019 (Gráfico 4). Em 2020 as notificações humanas apresentaram redução considerável, todavia, provavelmente, por conta da pandemia da COVID-19, acredita-se que os casos não estão sendo notificados. Em contrapartida, a VE, em conjunto com um projeto de hanseníase de uma mestrandia em saúde única da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), ofereceu capacitações aos ACSs, ASACEs, médicos e enfermeiros de unidades de saúde do DS VII sobre esporotricose, onde foi possível atuar como palestrante nesta ação (Figura 25). Foi esclarecer dúvidas sobre notificação, casos suspeitos e bem-estar animal.

Gráfico 4 – Notificações de esporotricose humana nos últimos três anos.



Fonte: Arquivo pessoal.

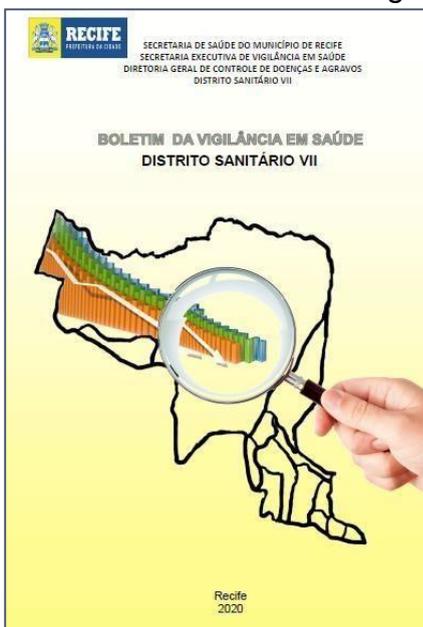
FIGURA 25 – Apresentação sobre esporotricose aos profissionais de saúde.



Fonte: Arquivo pessoal.

Durante a vivência na VE, foi possível auxiliar na construção do Boletim da Vigilância em Saúde do DS VII (Figura 26), onde foram realizadas atividades de construção de mapas, tabulação de dados, diagramação e organização de dados.

FIGURA 26 –Boletim da Vigilância em Saúde do DS VII.



Fonte: Vigilância em Saúde DS VII.

Durante quatro meses (março, abril, maio e junho de 2020) do período de vivência, foram acompanhadas e realizadas atividades no setor do Programa Nacional de Imunização (PNI), que pertence a VS, mas fica em um prédio separado no Centro Médico Senador José Hermírio de Moraes DS III. A coordenação do PNI do DS VII funciona conjuntamente ao DS III. Foram executadas ações de distribuição diária de imunobiológicos obrigatórios para as 24 unidades de saúde do DSVII e para as 13 unidades do DS III. Pode ser

acompanhada a organização e execução das atividades relacionadas a 22ª Campanha Nacional contra a Influenza desde a distribuição, *drive thru* de vacinação (Figura 27), apoio técnico aos profissionais e registro diário das doses aplicadas nas 35 unidades no Sistema de Informação (SI) PNI (Figura 28). Em decorrência da pandemia da COVID-19, foi necessário adaptar as atividades educativas aos vacinadores, através de vídeo-aulas (Figura 29) e capacitações presenciais com no máximo 10 participantes (Figura 30). A vivência contribuiu de forma significativa para a aprendizagem da parte administrativa da Saúde Pública, sobre o Sistema de Informação desenvolvido pelo Ministério da Saúde e trouxe oportunidade de novos conhecimentos de outras áreas, trazendo intersectorialidade e troca de experiências.

FIGURA 27 – Vacinação contra Influenza *drive thru* em 25 de março de 2020.



Fonte: Prefeitura da Cidade do Recife.

FIGURA 28 – Sistema de Informação para registro de doses da 22ª Campanha Nacional contra a Influenza.

Vacinado	Produto	Dose	Laboratório	Lote	Estratégia	Motivo indicação	Especialidade	Classe de atendimento	Situação	RL	idade	Data de Nascimento	Data de Aplicação	Estado	Município(estado)
ABEL DE OLIVEIRA FLORES	Hexaval B	2ª Dose	LOGICHEMICAL	WVX17008	Ruiva			Pré-vacinação geral	Novo	06	09/09/11	12/04/2020	14/05/2020	TAMAYNERIA	RECIFE
ADRIANA FERREIRA PAZ	Hexaval B	1ª Dose	LOGICHEMICAL	WVX17006	Ruiva			Pré-vacinação geral	Novo	43	08/09/77	31/10/2019	14/05/2020	ESPLANÍDIO	RECIFE
ALINE VIANA SILVA DUTRA	Hexaval B	2ª Dose	LOGICHEMICAL	WVX17006	Ruiva			Pré-vacinação	Novo	27	09/09/93	02/10/2019	05/05/2020		RECIFE

Fonte: Arquivo pessoal.

FIGURA 29 – Print de vídeo-aula de capacitação para os vacinadores.



Fonte: Arquivo pessoal.

FIGURA 30 – Capacitação presencial para os vacinadores.



Fonte: Arquivo pessoal.

Devido a pandemia da COVID-19 a VE surgiram novas demandas e atividades, como por exemplo a abertura dos centros de testagem da COVID-19, das quais foi possível participar das seguintes: apoio na capacitação de odontólogos para testagem rápida e *swab* nasal (Figura 31); montagem de um centro de testagem (Figura 32) na unidade de saúde Iná Rosa Borges (desde a organização do ambiente, treinamento de pessoal para preenchimento correto de fichas de notificação, coordenação das atividades e orientações sobre os tipos de teste); realização de triagem para testagem; investigação de óbito por COVID-19 (Figura 33); realização de notificações no E-SUS; ligações telefônicas e e-mails para dar resultados das testagens.

FIGURA 31 – Capacitação de odontólogos para realização de testes rápidos e swab nasal na sede do DS VII.



Fonte: Arquivo pessoal.

FIGURA 32 – Implantação de testagem para COVID-19 na Unidade de Saúde Iná Rosa Borges DS VII.



Fonte: Arquivo pessoal.

FIGURA 33 – Investigação de óbito suspeito de COVID-19 no DS VII.



Fonte: Arquivo pessoal.

2.6 VIGILÂNCIA SANITÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

A VISA pode ser definida como um conjunto de ações que visam prevenir, diminuir ou eliminar riscos à saúde, além de interpor nos problemas sanitários que envolvam o meio ambiente, produção e circulação de bens e prestação de serviços de interesse, direta ou indiretamente, com a saúde (BRASIL, 1990).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) é o conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Durante a vivência na VISA foi possível acompanhar atividades dos inspetores sanitários nos estabelecimentos de interesse a saúde (Figura 34), como casas de ração, salões de beleza, padarias, restaurantes, fábricas, escolas, supermercados, mercadinhos, óticas, consultórios médicos, entre outros.

FIGURA 34 – Ave criada de forma ilegal encontrada em uma casa de ração no bairro de Nova Descoberta.



Fonte: Arquivo pessoal.

A VST no DS VII não possui uma equipe específica para atender suas demandas, estas são respondidas pela coordenação da VISA. Foi possível participar da construção do projeto enviado a prefeitura e organização do II Seminário de Vigilância em Saúde do Trabalhador, que aconteceu em agosto de 2019. Foram oferecidas 50 vagas gratuitas e o público-alvo foram os

profissionais de saúde com perfil de multiplicadores: médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, psicólogos, assistentes sociais, inspetores sanitários, ASACEs, sanitaristas, técnicos de enfermagem.

As doenças transmitidas por alimentos e água (DTA) têm um impacto significativo para a saúde e a economia do mundo (THAIVALAPPIL et al, 2018). Os surtos alimentares constituem eventos de saúde pública de notificação compulsória. O Brasil tem uma alta incidência desses surtos, entre 2009 e 2018, ocorreram 6.809 surtos notificados de DTA, desses, 120.584 pessoas adoeceram, 16.632 foram hospitalizadas e 99 vieram a óbito. No ranking da distribuição dos surtos, padarias e restaurantes ocupam segundo lugar em prevalência, com 16% dos casos, perdendo apenas para as residências com 35,8% (BRASIL, 2019), índice que demonstra a importância da vigilância desses estabelecimentos na Saúde Pública. Em conformidade com a literatura, durante a vivência na VISA e VST, um dos segmentos de estabelecimentos que exigiam mais trabalho de educação em saúde para os inspetores sanitários eram as padarias e panificadoras. Dessa forma, foi pensada em uma atividade, junto a preceptoria e coordenação da VISA e VST, para avaliação de Conhecimento, Atitudes e Práticas (CAP) em segurança alimentar dos manipuladores de alimentos de padarias, para posterior realização de um seminário voltado para as principais dúvidas enfrentadas por eles. Tal atividade era realizada sempre com a supervisão de um inspetor sanitário.

Na VISA do DS VII, haviam 52 padarias e panificadoras cadastradas, dessas, 10 não tinham manipuladores, cinco haviam fechado e sete se recusaram a participar da pesquisa. No total, 32 manipuladores de 32 estabelecimentos responderam o questionário adaptado, validado por Dos Santos Ferreira e colaboradores (2013), este organizado em quatro blocos: bloco 1 – contendo questões sobre as informações demográficas como sexo, idade e nível de instrução, além de informações sobre tempo de serviço e participação em treinamento; bloco 2 – contendo 12 questões sobre segurança dos alimentos; bloco 3 contendo 10 questões sobre as atitudes sobre segurança alimentar; bloco 4 – contendo 15 questões sobre as práticas em higiene de alimentos. As respostas para cada questão foram categorizadas, oferecendo três ou quatro

opções para cada afirmação ou questionamento. Para obtenção das informações, os manipuladores foram orientados a selecionar apenas uma opção para cada resposta. No bloco 2, as afirmações relacionadas com o nível de conhecimento foram respondidas com: CERTO ou ERRADO ou NÃO SEI; no bloco 3, questões sobre as atitudes com: CONCORDO ou DISCORDO ou NÃO SEI; no bloco 4, as questões relacionadas às práticas foram respondidas com: SEMPRE, ÀS VEZES, RARAMENTE E NUNCA. Atribuiu-se uma pontuação para cada resposta marcada: 1 ponto para as corretas e zero para cada resposta incorreta e para as afirmações categorizadas como “NÃO SEI”. O ponto de corte para a classificação “suficiente” em relação ao nível de conhecimento, atitudes e práticas em segurança de alimentos foi de 70% de respostas corretas; abaixo desse percentual classificou-se como insuficiente (DOS SANTOS FERREIRA et al., 2013).

Após contabilizar os resultados foi identificado nas características demográficas que 96,9% (31/32) dos manipuladores são homens. Em relação à faixa etária, observou-se que 34,4% tinham até 32 anos, 37,5% tinham entre 32 a 41 anos, e 28,1% acima de 41 anos. Quanto a escolaridade, 62,5% dos manipuladores não tem ensino médio completo e nenhum tem superior completo.

No que se refere a tempo de serviço, 59,4% tinham mais de 10 anos de serviço. Relativamente à participação em treinamento em segurança de alimentos, 53,1% responderam sim e 46,9% responderam não.

Em relação a avaliação dos conhecimentos sobre higiene de alimentos, a **Tabela 1** mostra a porcentagem de acertos dos manipuladores. A questão com maior percentual de acerto foi a C.11 sobre saúde do trabalhador, onde 93,75% dos manipuladores entendem que devem se afastar das atividades laborais durante uma doença infecciosa na pele. As questões C.1 e C.8 alcançaram níveis de suficiência de conhecimento. Todas as outras alternativas alcançaram nível de suficiência inferior a 70%.

Tabela 1- Porcentagem dos manipuladores de alimentos de padarias e panificadoras do DS VII, relacionada a conhecimentos sobre higiene de alimentos.

Questão	Conhecimento sobre a higiene de alimentos	Acertos % (n)
C.1	Preparar os alimentos com antecedência pode contribuir para a toxinfecção alimentar.	78,13% (25)
C.2	Os gêneros alimentícios podem ser associados à transmissão da hepatite A.	56,25% (18)
C.3	Os gêneros alimentícios podem ser associados à transmissão do botulismo.	9,38% (3)
C.4	O cólera pode ser transmitida por alimentos.	50% (16)
C.5	A hepatite B pode ser transmitida por alimentos	9,38% (3)
C.6	Shigelose pode ser transmitida por alimentos	25% (8)
C.7	<i>Salmonella</i> sp. está entre os microrganismos patogênicos causadores de doenças alimentares.	34,38% (11)
C.8	O uso de luvas ao manusear alimentos minimiza o risco de transmissão de infecções aos pacientes e aos manipuladores de alimentos.	84,38% (27)
C.9	Comer e beber na área de trabalho aumenta os riscos de contaminação alimentar.	62,5 (20)
C.10	Alimentos contaminados sempre têm alguma alteração na cor, odor ou sabor.	9,38% (3)
C.11	Durante uma doença infecciosa da pele, é necessário afastar-se do serviço.	93,75% (30)
C.12	É obrigatória a realização de exames de saúde pelo menos duas vezes por ano.	65,62 (21)

Fonte: Adaptada de Dos Santos Ferreira et al.2013.

Na **Tabela 2** estão distribuídos o percentual de acertos dos manipuladores sobre atitudes sobre a higiene alimentar. Os participantes tiveram níveis de suficiência acima de 70% em 80%(8/10) das questões. Com destaque as questões A.1, A.3, A.4 e A.8 em que obtiveram 100% de acerto. Os manipuladores não alcançaram suficiência em duas questões, a A.9 que afirma que ovos *in natura* não precisam de refrigeração, que foi a com menor percentual de acertos 37,5%, seguida da A.7 que afirma que o cozimento elimina toda a contaminação com 40,63%.

Tabela 2- Pontuação dos manipuladores de alimentos de padarias e panificadoras do DS VII, relacionada a atitudes sobre higiene de alimentos.

Questão	Atitudes sobre a higiene de alimentos	Acertos % (n)
A.1	Manipular os alimentos de forma segura é parte importante da minha responsabilidade no trabalho.	100% (32)
A.2	Aprender mais sobre higiene de alimentos é importante para mim.	96,88% (31)
A.3	Lavar as mãos antes de manusear alimentos reduz o risco de contaminação de alimentos.	100% (32)
A.4	Usar toucas, máscaras e luvas reduz o risco de contaminação dos alimentos.	100% (32)
A.5	A condição de saúde do trabalhador deve ser avaliada antes de sua admissão.	93,75% (30)
A.6	Alimentos crus devem ser mantidos separadamente dos alimentos cozidos.	78,13% (25)
A.7	O cozimento dos alimentos torna-os livres de contaminação	40,63% (13)
A.8	O armazenamento inadequado dos alimentos pode ser perigoso para a saúde	100% (32)
A.9	Ovos <i>in natura</i> não precisam ser armazenados no refrigerador.	37,5% (12)
A.10	Os produtos de limpeza que estiverem fechados podem ser armazenados com latas e vidros de alimentos bem fechados.	84,38% (27)

Fonte: Adaptada de Dos Santos Ferreira et al.2013.

Quanto as práticas, 73,3% (11/15) das respostas tiveram nível de suficiência alcançados (>70%), as questões sobre lavagem das mãos, uso de touca e prazo de validade obtiveram percentuais superiores a 90%. As questões relacionadas a uso de máscara e luvas tiveram os menores percentuais, quando perguntados sobre uso de máscara todos os candidatos responderam que não usavam.

Tabela 3- Pontuação dos manipuladores de alimentos de padarias e panificadoras do DS VII, relacionada a práticas sobre higiene de alimentos

Questão	Práticas sobre a higiene de alimentos	Acertos % (n)
P.1	Você lava as mãos antes de manipular os alimentos crus?	96,88% (31)
P.2	Você lava as mãos depois de manipular os alimentos crus?	100% (32)
P.3	Você lava as mãos antes de manipular os alimentos cozidos	90,63 (29)
P.4	Você lava as mãos depois de manipular os alimentos cozidos?	93,75% (30)
P.5	Você usa luvas descartáveis quando manipula ou distribui os alimentos?	9,38% (3)
P.6	Você lava as mãos depois de usar luvas?	12,5% (4)
P.7	Você usa fardamento/ aventais quando manipula ou distribui os alimentos?	71,88% (23)
P.8	Você usa a máscara quando manipula os alimentos?	0% (0)
P.9	Você usa a máscara quando distribui os alimentos?	0% (0)
P.10	Você usa touca quando manipula os alimentos?	93,75% (30)
P.11	Você usa touca quando distribui os alimentos?	93,75 (30)
P.12	Você descongela alimentos em temperatura ambiente?	87,5% (28)
P.13	Você verifica o prazo de validade dos alimentos?	90,63% (29)
P.14	Você verifica se as embalagens dos alimentos estão íntegras antes de prepará-los?	87,5% (28)
P.15	Você come ou bebe durante o preparo ou na distribuição das refeições?	84,38% (27)

Fonte: Adaptada de Dos Santos Ferreira et al.2013.

Os resultados encontrados foram relatados a VISA e VST para realização de futuro seminário sobre segurança alimentar.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Residência em Saúde Pública é muito proveitosa para o residente, oferecendo mudança na visão profissional. A possibilidade de acompanhar as quatro vigilâncias e vivenciar práticas intersetoriais favorecem a aquisição de novos conhecimentos, troca de experiência e inovação. A vivência também possibilita a aproximação do serviço público com a universidade, levando a pesquisa e atualização para as práticas em saúde no território, ampliando o olhar do servidor profissional de saúde.

No contexto da pandemia da COVID-19, todos os setores da saúde tiveram que desenvolver repostas criativas e se requalificar para atender aos novos fluxos, em tempo recorde. A expertise do residente é de grande valia frente ao combate a pandemia por trazer fôlego e uma visão diferente a do servidor. Vivenciar uma residência em saúde pública nessa circunstância, apesar das inúmeras dificuldades e estresse, traz ao residente uma experiência profissional ímpar em uma situação limite.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2018 ago 13; Seção 1:87.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Surtos de doenças Transmitidas por Alimentos no Brasil. Perfil epidemiológico, 2019.** Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/15/Apresenta---o-Surtos-DTA---Fevereiro-2019.pdf>>. Acessado em 15 de novembro de 2019.

BRASIL. Portaria GM No 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União 2013; 9 jul.

DUARTE PINHEIRO, Wellington. **O Programa de Saúde Ambiental da Prefeitura da Cidade de Recife: um estudo de suas ações educativas através da percepção social dos seus participantes.** 2011. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

DOS SANTOS FERREIRA, J., CERQUEIRA, E. S., CARVALHO, J. S., OLIVEIRA, L. C., COSTA, W. L. R., & DE CASTRO ALMEIDA, R. C. CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS EM SEGURANÇA ALIMENTAR DE MANIPULADORES DE ALIMENTOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS DE SALVADOR, BAHIA. **Revista baiana de saúde pública**, v. 37, p. 35-35, 2013. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Programa Mundial para a eliminação da filariose linfática**, 2015.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Elimination of Neglected Diseases in Latin America and the Caribbean: A Mapping of Selected Diseases - Washington, D.C., United States of America, 2011.**

RECIFE, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, **Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021**. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/site>. Acessado em 6 de novembro de 2020.

RECIFE, Lei nº 18.770, de dezembro de 2020. Institui o Plano Diretor do Município do Recife, que se aplica à totalidade de seu território. Sistema Leis Municipais, Recife, 1997. Disponível em: < <https://leismunicipais.com.br/plano-diretor-recife-pe>>. Acesso em 21 de janeiro de 2021.

RECIFE. Lei nº 16.293, de 3 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre as Regiões Político-Administrativas do Município do Recife e dá outras providências. Sistema Leis Municipais, Recife, 1997. Disponível em: <<https://www.leismunicipais.com.br/a1/pe/r/recife/leiordinaria/1997/1630/16293/lei-ordinaria-n-16293-1997-dispoe-sobre-as-regioes-politicoadministrativas-do-municipio-do-recife-e-da-outras-providencias?q=16293>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2021.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **2º Monitoramento Programa de Saúde Ambiental da Prefeitura do Recife**. 2009. Disponível em: <<https://www.tce.pe.gov.br/internet/docs/anop/416/psarelatoriodosegundomonitramento.pdf>> Acessado em 19 de janeiro de 2021.

THAIVALAPPIL, A.; WADDELL, L.; GREIG, J.; MELDRUM, R.; YOUNG, I. A systematic review and thematic synthesis of qualitative research studies on factors affecting safe food handling at retail and food service. **Food control**, v. 89, p. 97-107, 2018.

.

Capítulo II – Saúde Única como estratégia de abordagem para Pessoas em Situação De Acumulação.

RESUMO

Pessoas em Situação de Acumulação (PSA) são aquelas que possuem um número excessivo de objetos e/ou animais de forma obsessiva, sofrendo de angústia ao se desfazer deles. Os casos de PSA são definidos pelo seu ambiente ter o uso primário comprometido pela obstrução dos ambientes por objetos e/ou animais, comprometendo a vida do acumulador, familiares e comunidade. Animais em situação de acumulação são vítimas do adoecimento do tutor, que também vive em sofrimento e não consegue oferecer bem-estar para seus animais. É um problema complexo que afeta a tríade homem-ambiente-animal. Dessa forma, para contribuir com a vigilância de casos de PSA, o objetivo do presente estudo é estabelecer a frequência do comportamento de acumulação animal e/ou de objetos, capacitar e sensibilizar profissionais para que possam identificar essas pessoas e se apropriar dos casos em uma Região de Saúde do município do Recife. Primeiramente, foi aplicado um questionamento aos profissionais do NASF-AB da cidade do Recife sobre a demanda de PSA e por médico veterinário na Atenção Primária a Saúde. Posteriormente, foram coletadas todas as denúncias relacionada ao excesso de animais e/ou objetos registrados pela Vigilância em Saúde Ambiental do DS VII, os casos suspeitos foram investigados individualmente. Concomitantemente, os supervisores de área foram capacitados sobre PSA e foi criado um Grupo de Trabalho para PSA no distrito. Como resultado, constatou-se que nenhum profissional do NASF-AB era médico veterinário, 66% afirmaram já ter tido alguma demanda por médico veterinário no seu território, destes, 84% citaram o transtorno de acumulação animal como uma delas. A taxa geral de casos coletados no DS VII foi de 31,29 de PSA por 100.000 habitantes. Um total de 59 casos foram identificados, dos quais 38,98% (23) animal, 33,9% (20) objetos e 27,12% (16) animais e objetos. Aproximadamente, 665 animais vivem em situação de acumulação no DS. Foi realizado um mapa de calor dos animais em situação de acumulação, para direcionamento de ações de vacinação e monitoramento pelos ASACEs. Felinos com suspeita de esporotricose foram encontrados em 35% (14) dos casos de PSA animal e apenas 10,26% (4) dos tutores tinham controle reprodutivo. PSA de objetos foram cadastrados como ponto crítico de resíduo sólido para monitoramento pelos ASACEs. O bairro com maior número de casos foi Vasco da Gama, seguido de Nova descoberta. Existe um elevado número de casos de PSA na Região de Saúde estudada, entretanto, os profissionais da Atenção Primária à Saúde precisam ser capacitados para melhorar a vigilância de PSA no DS. O uso de geoprocessamento para análise de dados proporcionou melhor visualização da situação e serviu de base para o desenvolvimento de ações programadas pelos serviços de saúde e prevenção de doenças.

Palavras-chaves: Pessoas em situação de acumulação, Acumuladores, Transtorno de acumulação

1. INTRODUÇÃO

Pessoas em Situação de Acumulação (PSA) são aquelas que possuem um número excessivo de objetos e/ou animais de forma obsessiva, sofrendo de angústia ao se desfazer deles. Esses indivíduos adquirem itens que não são necessários e/ou animais de forma excedente, sem conseguir manter padrões mínimos de salubridade, higiene e organização (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). A acumulação foi relatada pela primeira vez na literatura científica por Worth e Beck (1981), conceituada como um transtorno mental por Frost e Hart em 1996, mas apenas em 2013 foi tida como um diagnóstico oficial pelo Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Várias pesquisas foram desenvolvidas nessa área, mas, no Brasil, os primeiros trabalhos sobre acumulação animal só foram realizados em 2017 no sul do país (CUNHA et al., 2017; FERREIRA et al., 2017). É um problema grave e a qualidade de vida dessas pessoas é afetada, havendo distanciamento de amigos, familiares e com sérias consequências a saúde física (PATRONEK; LOAR; NATHANSON, 2006).

A maioria das PSA relatam problemas familiares na infância, dificuldades com vizinhos e autoridades sanitárias. Comorbidades como fobia social, depressão, transtorno de ansiedade, esquizofrenia e transtorno obsessivo compulsivo são frequentes. Fatores que dificultam o diagnóstico (SAMUELS, et al, 2014; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). As PSA se diferenciam de um colecionador normal pelo seu ambiente ter o uso primário comprometido, ou seja, o local no qual guardam os pertences ou abrigam os animais, em muitos casos, o uso comum de banheiros, cama, sofá, perdem suas funções por causa da acumulação (CUNHA; BIONDO, 2019). Esses indivíduos tendem a aplicar menos regras e limites aos seu animais, dando a eles total acesso à casa ao ponto de perder seu próprio espaço (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013 STEKETEE et al., 2011).

Para identificar corretamente uma PSA é necessário uma avaliação multifatorial. É essencial entender que um espaço esteticamente desorganizado ou com vários animais não é, necessariamente, uma situação de acumulação. O importante é identificar se essa desorganização cria um problema ou uma angústia para o morador, sua família, ambiente e até mesmo para a comunidade. No caso da acumulação animal, é preciso avaliar se os animais usufruem de bem estar eo nível de compreensão do acumulador sobre a situação dos mesmos (FROST et al., 2014; POLAK; 2014).

PSA estão constantemente envolvidas em processos com o Ministério Público e denúncias às autoridades de saúde por afetarem o bem estar da comunidade. Os entulhos e a sujeira frequentemente se tornam tocas de ratos, escorpiões e baratas (FROST et al., 2000). Segundo HARC (2002), 93% das casas de PSA não possuem condições sanitárias adequadas e 70% risco de incêndio. Sendo assim, se tornam um ambiente propício a agravos importantes como as zoonoses, além da multiplicação de vetores. Pesquisadores brasileiros provaram existir relação positiva entre o acúmulo patológico e a proliferação de *Aedes Aegypti*, vetor de arboviroses de importância no estado de Pernambuco (CAIXETA et al., 2011).

Animais em situação de acumulação são vítimas do adoecimento do tutor. Vivem em sofrimento, sem manejo adequado, em condições precárias de higiene e sem cuidados veterinários. É comum a presença de animais violentos, disputas e canibalismo (FERREIRA et al., 2017; PATRONEK 1999). Strong e colaboradores (2019) afirmam que 89% dos animais do seu estudo apresentavam algum quadro clínico. Devido ao grande número, dificilmente esses tutores conseguem castrar ou mantê-los apenas dentro das residências (OCKENDEN, 2014). Este conjunto de fatores facilita a propagação de zoonoses importantes como a esporotricose, antropozoonose grave, de notificação compulsória e endêmica na cidade do Recife (SILVA et al., 2018).

A situação das PSA é um problema complexo envolvendo diferentes graus de comprometimento ambiental, psicológico e social. Para uma abordagem de saúde única, segundo a WHO (2017) é preciso uma implementação de programas, políticas e pesquisa de diferentes setores, trabalhando juntos para alcançar melhores resultados a saúde pública. Esta abordagem reconhece que a saúde das pessoas está intimamente ligada a saúde dos animais e do ambiente compartilhado. Um modelo de vigilância que atenda essa demanda precocemente irá garantir melhores resultados para o indivíduo, animais e comunidade afetados (HARC et al. 2016; STRONG et al. 2019).

Embora o conceito de Saúde Única seja bastante difundido na medicina veterinária, a saúde pública tem demorado a entender as relações entre animais, humanos e ambiente compartilhado. O transtorno de acumulação tem impactos em várias esferas. Cada caso de PSA é único e diversos estudos indicam a abordagem multidisciplinar. Para promoção e atenção integral a saúde desses indivíduos, a criação de um Grupo de Trabalho (GT) específico, composto por

diferentes áreas profissionais é recomendada (BIONE; CUNHA 2019; STRONG et al. 2019; OCKENDEN et al., 2014; PATRONEK; LOAR; NATHANSON, 2006; PATRONEK 1999).

Profissionais do setor de atenção primária a saúde relatam que a falta de gestão primária, colaboração de profissionais de outras áreas da atenção e ausência de matriciamento específico sobre PSA, são as principais barreiras no diagnóstico e tratamento dos casos. Apesar de ser uma questão crônica e de difícil manejo, é possível melhorar as condições de vida das PSA, animais e comunidade afetados, através do acompanhamento, conscientização e apropriação dos casos pelos equipamentos de saúde disponíveis (PATRONEK; LOAR; NATHANSON, 2006; BODRYZLOVA; O'CONNOR 2018).

O objetivo do presente estudo foi estabelecer estratégias de ações intersetoriais, para conhecer as características e perfil das PSA, localizar e se apropriar dos casos, capacitar e sensibilizar os profissionais de saúde de forma intersetorial, para que possam identificar essas pessoas e atuar sobre o problema, em uma Região de Saúde na cidade do Recife, esperando-se assim com o diagnóstico de situação e contribuir com a tomada de decisão para os casos de acumulação no município,

2. METODOLOGIA

O estudo ocorreu no próprio do Distrito Sanitário (DS) VII, região político administrativa de saúde do Recife, composta por 13 bairros e 188.538 habitantes (RECIFE 2018), por meio da coleta das denúncias de PSA na Vigilância Ambiental do DS VII, durante o período de maio de 2019 e novembro de 2020.

Os dados foram obtidos a partir dos os Agentes de Saúde Ambiental e Combate a Endemias (ASACEs), uma vez que os mesmos atuam no território fazendo visitas domiciliares e constituíram a principal fonte de informações para os casos de PSA, além de dados das planilhas do setor de VSA onde constavam as reclamações e denúncias telefônicas dos usuários relacionadas a “Excesso de animais e/ou objetos” feitas à Vigilância Ambiental e demanda do Ministério Público. Os dados coletados foram registrados em uma planilha compartilhada com a VSA e foram realizadas visitas domiciliares acompanhadas pelos supervisores de área para confirmação dos casos.

As denúncias foram consideradas como caso de PSA a partir da observação local do acúmulo de objetos e/ou animais dentro e/ou fora da casa e também do histórico dos casos registrados pelos denunciantes (vizinhos e

comunidade). O critério utilizado para confirmação de caso de PSA de objetos, foi a observação local de grandes quantidades de itens acumulados sem nenhuma finalidade aparente, obstruindo os espaços habitáveis tornando-os inutilizáveis, e relatos de dificuldades das PSA em se desfazer dos mesmos. Já o critério utilizado para identificar casos de PSA animal, foi a observação local de acúmulo de animais com ausência de padrões mínimos de bem-estar, saúde, espaço, nutrição, cuidados veterinários e dificuldade de realizar doações de acordo com a metodologia adaptada de Cunha e Biondo (2019) e *American Psychiatric Association* (2013).

Foi realizada a capacitação de diversos profissionais de diferentes setores, entre eles, supervisores dos ASACEs, do gerente da Vigilância Ambiental, coordenadora de Divisão Distrital de Atenção à Saúde (DDAS), coordenadora da Saúde do Idoso, coordenadora da Saúde Mental, da coordenadora do Nasf-AB e gerente do DS VII sobre PSA. A capacitação das equipes foi realizada por meio de uma palestra em *Powerpoint*, sobre como abordar as PSA, como diferenciar acumuladores de protetores de animais/recicladores, por meio de sensibilização quanto à importância e necessidade de intervenção, através da demonstração de casos encontrados no distrito e no mundo, procurando expandir o conhecimento e empatia desses profissionais.

Os casos de PSA identificados foram analisados com base na taxa geral de número de casos de PSA por 100.000 habitantes, como descrito por Cunha e colaboradores (2017).

A partir das coordenadas geográficas obtidas no momento das visitas das PSA animal e/ou objeto identificadas, foram elaborados mapas para georeferenciamento dos casos usando um sistema de informação geográfica (QGIS 2.18.16®). Para a acumulação animal foi desenvolvido um mapa de calor.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a capacitação dos profissionais de saúde, surgiu a necessidade da construção de um Grupo de Trabalho (GT) multidisciplinar para PSA, composto pela a gerente do DS VII, pelo gerente da Vigilância Ambiental, pelo coordenador de Divisão Distrital de Atenção à Saúde (DDAS), pela coordenadora da Saúde do Idoso, pela coordenadora da Saúde Mental, pela coordenadora do Nasf-AB e pelo coordenador médico, para discussão dos casos no território em estudo e elaboração de projetos terapêuticos singulares para cada caso específico, elencando responsabilidades e ações de cada profissional e/ou setor. O GT é

um importante instrumento na abordagem a PSA e tem papel fundamental no desenvolvimento das ações (CUNHA; BIONDO, 2019).

No período do estudo foram confirmados 59 casos de PSA no DS VII, e enviados ao GT para encaminhamento das ações pela Atenção Básica e outros setores demandados.

A frequência geral de casos observados foi de 31,29 PSA por 100.000 habitantes na Região de Saúde estudada. Frost e colaboradores (2000) realizaram um estudo em Massachusetts, Estados Unidos e encontraram uma proporção semelhante de 26,3 por 100.000 habitantes, analisando dados por 5 anos. Outros autores revelaram taxas inferiores, 6,45 por 100.000 habitantes em Curitiba (CUNHA et al. 2017), 0,40 por 100.000 habitantes nos Estados Unidos (WORTH D; BECK 1981) e 0,80 por 100.000 nos Estados Unidos (PATRONEK 1999). Mas é possível que essa estimativa subestime a realidade, visto que uma meta-análise recente que comparou estudos de diferentes partes do mundo, afirma que a prevalência de PSA no mundo seja de 2,5% (POSTLETHWAITE; KELLETT; MATAIX-COLS, 2019). Um outro fator que pode indicar que a proporção encontrada seja subestimada, é o fato das notificações dos casos coletados virem apenas da VSA, pois é possível que, com o envolvimento de outras áreas da Atenção Básica, se perceba um aumento de número de casos. A prevalência de PSA é incerta na Saúde Pública, por ser um agravo de difícil notificação. As PSA minimizam os efeitos do problema ou tem vergonha de expor, além da dificuldade de diagnóstico pelo setor saúde, que desconhece o transtorno, e a dificuldade de conclusão dos casos pelos serviços de saúde.

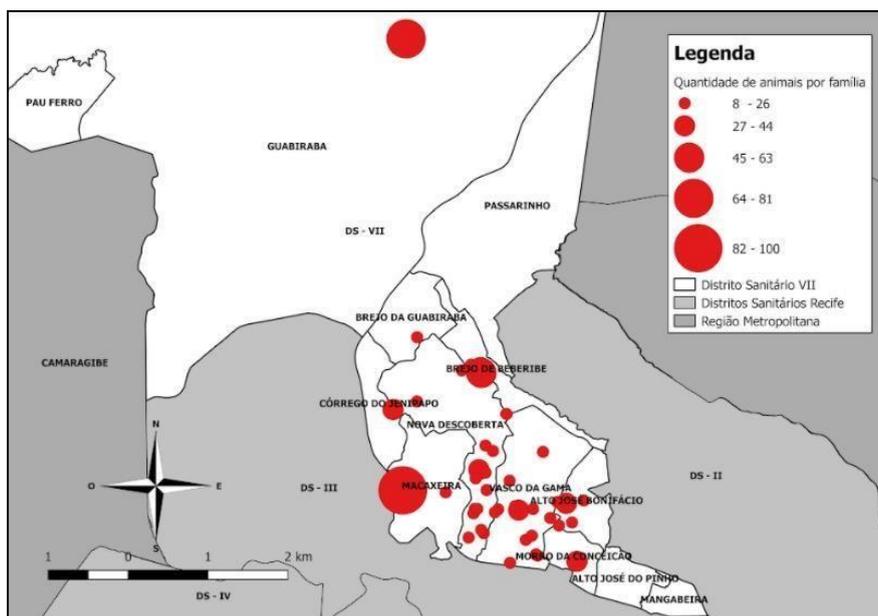
Entre os 59 casos confirmados de PSA no DS VII, 38,98% (23) eram de acumulação de animais, 33,9% (20) de objetos e 27,12% (16) animais e objetos, assim, a taxa de pessoas envolvidas com acumulação animal é de 20,68 a cada 100.000 habitantes e de pessoas envolvidas apenas com acumulação de objetos é de 15,98 a cada 100.000 habitantes no DS VII. Dados semelhantes aos encontrados na literatura demonstram que grande parte dos acumuladores de animais, também acumulam objetos (CUNHA et al., 2017; FERREIRA et al., 2017; STEKETEE et al., 2011). Uma maior porcentagem de casos sobre acumulação animal pode estar relacionada a um maior incômodo à sociedade causado por este tipo de acúmulo, visto que o barulho provocado pelos animais, mau cheiro e trânsito excessivo dos mesmos na rua, incomodam a vizinhança e são fatores preponderantes no registro de denúncias (CALVO et al., 2014; OCKENDEN; DE GROEF; MARSTON, 2014).

Apesar do número de casos encontrados (59), não há notificações para a Vigilância em Saúde oriunda das Unidades de Saúde, o que evidencia a falta de sensibilidade dos profissionais para essa demanda. Outro agravante, é que o transtorno de acumulação pode se iniciar ainda na infância, essas pessoas têm maiores problemas ao lidar com profissionais de saúde, além de existir uma perda da percepção (*insight* pobre) sobre os efeitos negativos do seu comportamento e, conseqüentemente, poucos procuram auxílio e tratamento (SAMUELS et al., 2014; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Tais fatores corroboram com a necessidade efetiva do estabelecimento de práticas em Saúde Única de forma multiprofissional na Atenção Básica, com a presença de Médicos Veterinários, Psicólogos, Enfermeiros, Psiquiatras, Biólogos, entre outros, trabalhando a intersetorialidade nos casos necessários.

O número de animais em situação de acumulação não pode ser contabilizado com precisão, visto que diversas PSA não tinham registro geral da quantidade dos animais, mas estipula-se que existam aproximadamente 665 animais, entre cães e gatos, uma média de 17,08 animais por caso. Todos os casos de PSA confirmados envolviam cães e/ou gatos, mas não foi possível estimar por espécie.

Foi realizado o georeferenciamento e um mapa de calor (Figura 1) dos casos de acumulação animal, recurso utilizado de maneira estratégica pela vigilância para planejamento de intervenções direcionadas, como por exemplo, nas campanhas de vacinação antirrábica. Todas as PSA foram visitadas e os seus animais vacinados contra raiva pelos ASACEs e cadastrados pela VSA para realização de vacinação anual, monitoramento pelos ASACEs e estão incluídos em uma fila para futuras castrações pela Gerência de Vigilância Ambiental e Controle de Zoonoses.

Figura 1 - Mapa de calor de animais em situação de acumulação no DS VII.



Os modelos tradicionais de abordagem às PSA se baseiam em ações paliativas, centradas na remoção dos animais e/ou objetos. Entretanto, mesmo após a remoção, a causa do adoecimento não é sanada (STRONG et al., 2019). A acumulação animal é mais problemática que a acumulação de objetos, porque exige um maior esforço integrado dos órgãos públicos, da própria PSA, familiares e dos equipamentos sociais. Além disso, o excesso de matéria orgânica facilita a proliferação de doenças infecciosas e zoonoses (FROST et al., 2000). Outro agravante é que os abrigos animais estão sobrecarregados e não conseguem absorver a demanda. Com taxa de reincidência alta, as estratégias de ação devem ser pensadas de forma sustentável e a longo prazo (CALVO et al., 2014; OCKENDEN; DE GROEF; MARSTON, 2014).

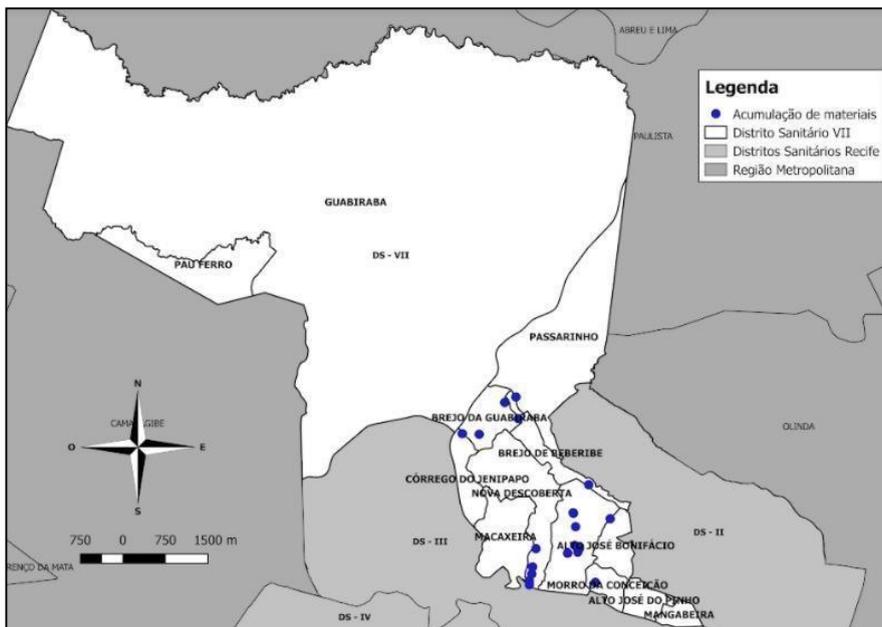
Dos 39 casos de PSA animal, em 35% (14) das residências havia felinos suspeitos de esporotricose, dessas, quatro tutoras relatam já ter tido a doença. Não foram realizados testes confirmatórios, todavia, como a esporotricose é endêmica na cidade do Recife, é possível que os felinos em situação de acumulação estejam mais vulneráveis, pois têm acesso a rua, vivem amontoados e sem cuidados veterinários, podendo a doença ter uma relação positiva com o agravo. Entretanto, estudos e testes confirmatórios são necessários para confirmar a hipótese.

Apenas 10,26% (4/39) dos casos de PSA de animais visitados, os tutores tinham controle reprodutivo dos animais, três por castração e uma por uso de inibidores hormonais. Durante o estudo foi possível articular a castração de dois casos pela GVACZ.

A castração é uma importante ferramenta no controle da acumulação animal, pois fornece melhoria do grau de bem-estar dos animais envolvidos e das condições de salubridade da residência, interferindo diretamente na qualidade da PSA (HILL et al., 2019; SILVA et al. 2017). Nesse sentido, se faz necessário intensificar ações de castrações direcionadas a essas pessoas, dentro do DS, como estratégia de prevenção e promoção da saúde. Visto que o DS VII está em uma região de baixa renda e não tem acesso a serviços veterinários especializados, pesquisadores brasileiros provaram existir relação positiva entre número de PSA e bairros de baixa renda (CUNHA et al., 2017). Todas as PSA visitadas durante a pesquisa se mostraram interessadas em castrar seus animais. Assim, a castração pode servir também como instrumento de formação de vínculo com as PSA, facilitando seu acesso ao Sistema Único de Saúde.

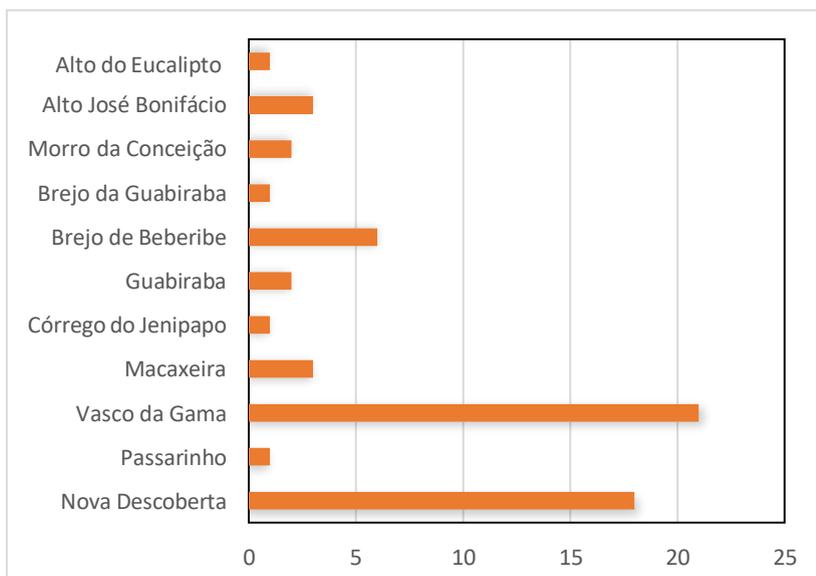
As PSA de objetos foram georeferenciadas (Figura 2) por pontos. Por estarem diretamente relacionada a proliferação do *Aedes Aegypti* (CAIXETA et al., 2011), risco de incêndio, infestação de roedores e sinantrópicos (STEKETEE e FROST, 2014), todos os casos foram cadastrados como ponto crítico de resíduos sólidos e serão monitorados periodicamente pelos ASACEs da área para controle de possíveis focos, controle de pragas e orientações sobre educação em saúde.

Figura 1 - Georeferenciamento de Pessoas em Situação de Acumulação de objetos no DS VII.



Quando separados por bairro (Gráfico 1), o que apresentou maior incidência foi Vasco da Gama (21 casos), seguido de Nova Descoberta (18 casos), que são os bairros mais populosos do DS VII. Em alguns outros, como Mangabeira e Alto José do Pinho, não houve notificações, entretanto, não significa que não existam casos, mas, sim, que é preciso intensificar as ações de sensibilização e capacitação nos mesmos.

Gráfico 1 – Distribuição de Pessoas em Situação de Acumulação nos bairros do DS VII.



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com as estratégias implantadas para as ações de Vigilância em Saúde com PSA notou-se a importância e o desafio de estabelecer um modelo e protocolo de vigilância para PSA em uma Região de Saúde para promoção, prevenção e proteção a saúde. Apesar do elevado número de casos, a única fonte de notificação constituiu-se na Vigilância em Saúde, ficando evidente o desconhecimento da Atenção Primária à Saúde sobre a relevância do tema, o que mostra a necessidade de sensibilização desses profissionais. A ferramenta de geoprocessamento para análise de dados facilita a análise da situação e serve como premissa para o planejamento adequado e desenvolvimento de ações pelos serviços de saúde e prevenção de doenças.

O papel do médico veterinário na abordagem das PSA é de relevância na sua atuação integrada com a Atenção Primária à Saúde devido à sua capacidade técnica e olhar crítico para as diversas situações envolvendo a tríade homem-animal-ambiente. A criação de um GT específico é um instrumento importante para construção dos PTSs, melhor encaminhamento e monitoramento das ações. Cabe destacar finalmente que as estratégias desenvolvidas e o diagnóstico de situação das PSA constituem ferramentas valiosas para a discussão entre os profissionais de saúde e sociedade além de auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas de saúde direcionadas à PSA no futuro.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)**. 5th ed ed. Arlington: American Psychiatry Publishing, 2013.
- 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.
- CAIXETA, L.; AZEVEDO, P. V. B.; CAIXETA, M.; REIMER, C. H. R. Psychiatry disorders and dengue: Is there a relationship? **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 69, n. 6, p. 920-923, 2011.
- CALVO, P.; DUARTE, C.; BOWEN, J.; BULBENA, A.; FATJO, J. Characteristics of 24 cases of animal hoarding in Spain. **Animal Welfare**, v. 23, n. 2, p. 199-208, 2014.
- 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.
- FERREIRA, E. A.; PALOSKI, L. H.; COSTA, D. B.; FIAMETTI, V. S.; OLIVEIRA, C. R.; ARGIMON, I. L.; GONZATTI, V.; IRIGARAY, T. Q. Animal hoarding disorder: a new psychopathology? **Psychiatry research**, v. 258, p. 221-225, 2017.
- FROST, R. O., STEKETEE, G., & WILLIAMS, L. Hoarding: a community health problem. **Health and Social Care in the Community**, 8(4), 229–234. doi:10.1046/j.1365-2524.2000.00245.x. 2000
- 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.
- FROST, R. O.; HRISTOVA, V. Assessment of hoarding. **Journal of clinical psychology**, v. 67, n. 5, p. 456-466, 2011.
- FROST, R. O.; STEKETEE, G.; WILLIAMS, L. Hoarding: a community health problem. **Health & social care in the community**, v. 8, n. 4, p. 229-234, 2000.
- HOARDING OF ANIMALS RESEARCH CONSORTIUM. Health implications of animal hoarding. **Health & social work**, v. 27, n. 2, p. 125-136, 2002.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse de**

Censo Demográfico. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 5 de novembro de 2020.

OCKENDEN, E.M.; DE GROEF, B.; MARSTON, L. Animal hoarding in Victoria, Australia: an exploratory study. **Anthrozoös**, v. 27, n. 1, p. 33-47, 2014.

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.

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.

POLAK, K. C.; LEVY, J. K.; CRAWFORD, P. C.; LEUTENEGGER, C. M.; MORIELLO, K. A. Infectious diseases in large-scale cat hoarding investigations. **The Veterinary Journal**, v. 201, n. 2, p. 189-195, 2014.

POSTLETHWAITE, A.; KELLETT, S.; MATAIX-COLS, D. Prevalence of hoarding disorder: A systematic review and meta-analysis. **Journal of affective disorders**, v. 256, p. 309-316, 2019.

RECIFE, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, **Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021.** Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/site>. Acessado em 6 de novembro de 2020.

RECIFE, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, **Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021.** Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/site>. Acessado em 6 de novembro de 2020.

SAMUELS, J. et al. Hoarding in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. **Journal of obsessive-compulsive and related disorders**, v. 3, n. 4, p. 325-331, 2014.

SILVA, E. C., CUNHA, G. R., BIONDO, A. W., FLOETER, D., & CECCON-VALENTE, M. F. Relato de caso: intervenções realizadas e proposta de avaliação sanitária de animais em um caso de acumulação no município de Curitiba, estado do Paraná, Brasil. **Revista de Educação Continuada em Medicina Veterinária e Zootecnia do CRMV-SP**, v. 15, n. 1, p. 91-91, 2017.

SILVA, G. M.; HOWES, J. C. F.; LEAL, C. A. S.; MESQUITA, E. P.; PEDROSA, C. M.; OLIVEIRA, A. A. F.; SILVA, L. B.; MOTA, R. A. Surto de esporotricose felina na região metropolitana do Recife. **Pesquisa Veterinária Brasileira**, v. 38, n. 9, p. 1767-1771, 2018.

STEKETEE, G.; GIBSON, A.; FROST, R. O.; ALABISO, J.; ARLUKE, A.; PATRONEK, G. Characteristics and antecedents of people who hoard animals: an exploratory comparative interview study. **Review of General Psychology**, v. 15, n. 2, p. 114-124, 2011.

STEKETEE, Gail; FROST, Randy O. Phenomenology of hoarding. **The Oxford handbook of hoarding and acquiring**, p. 19-32, 2014.

STRONG, S.; FEDERICO, J.; BANKS, R.; WILLIAMS, C. A collaborative model for managing animal hoarding cases. **Journal of Applied Animal Welfare Science**, v. 22, n. 3, p. 267-278, 2019.

WHO- World Health Organization. One Health. September 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/features/qa/one-health/en/>>. Acesso em: 05 jan. 2021, 2017

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.

