Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Pessoas em situação de acumulação e ocorrência de
arboviroses envolvendo o mosquito *Aedes aegypti*,
município de São Paulo, período de 2013 a 2017

Samanta Gouveia Parisi

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação do Mestrado Profissional
em Entomologia em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo como
requisito para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Entomologia em
Saúde Pública

Orientador: Profº. Drº. Francisco
Chiaravalloti Neto

São Paulo

2018

Pessoas em situação de acumulação e ocorrência de
arboviroses envolvendo o mosquito *Aedes aegypti*,
município de São Paulo, período de 2013 a 2017

Samanta Gouveia Parisi

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação do Mestrado Profissional
em Entomologia em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo como
requisito para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Entomologia em
Saúde Pública

Orientador: Prof^o. Dr^o. Francisco
Chiaravalloti Neto

Versão Revisada

São Paulo

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Parisi, Samanta

Pessoas em situação de acumulação e ocorrência de arboviroses envolvendo o mosquito *Aedes aegypti*, município de São Paulo, período de 2013 a 2017 / Samanta Parisi; orientador Francisco Chiaravalloti Neto. -- São Paulo, 2018.

156 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2018.

1. Transtorno de acumulação. 2. *Aedes aegypti*. 3. Arboviroses. 4. Vigilância em Saúde. I. Chiaravalloti Neto, Francisco, orient. II. Título.

Agradecimentos

Agradeço a Deus acima de tudo, por me acompanhar em todas as jornadas e por me presentear com a presença de pessoas tão importantes em minha vida!

Ao Profº. Drº. Francisco Chiaravalloti Neto que desde o início me concedeu a oportunidade de realizar o mestrado profissional, estimulou-me a reflexões para o mundo acadêmico/profissional de uma forma tão atenciosa e sábia. Sem a sua dedicação, paciência e orientação ao meu desenvolvimento, hoje não teria realizado esse grande sonho.

Em especial à minha mãe, Waléria, que com todas as dificuldades nunca deixou de acreditar na minha capacidade e com muito amor me apoiou nessa trajetória.

À minha vovó maravilhosa, Dona Dirce, que indicou o meu atual serviço, sem o qual não conseguiria realizar esse mestrado profissional.

À minha prima Wanessa que acompanhou toda essa caminhada de entender como a vida funcionava através dos artrópodes que capturava no jardim da casa da nossa avó.

Às minhas tias Walkyria, Wânia, e primo Victor, que também sempre apoiaram esse mundo da biologia.

Ao Pepe Muñoz, um presente que apareceu na vida da minha mãe e que me proporcionou leveza durante dois anos árduos de estudo.

André Miná, que acompanhou as minhas aflições e a grande vontade de conquistar esse sonho.

Ao meu pai Rogério, que durante o período intenso das disciplinas, me conduzia diariamente à faculdade, auxiliando na minha rotina.

Adriana Maria Lopes Vieira, uma pessoa íntegra e sábia, que durante minha vida profissional, sempre me encorajou e acreditou na minha capacidade.

Selma Aparecida da Silva, Susana Barbosa da Silva, Regina Maria Faria Gomes, Luciene Marques Lupatelli, Sueli Cândido Maciel e Maria Lúcia Saloti, que com suas motivações e incentivos, foram minhas companheiras na realização da dissertação.

Aos amigos queridos, que conquistei ao longo da vida profissional, Rodrigo Vieira Gonzaga, Viviani Salles Silva, Oldach Borges, Joana Adoração Utrilla, Rosana da Silva, João Manoel de Castro, Sérgio Vieira Santos, Lucimara de Oliveira Norberto, Ieda Nascimento de Oliveira, Fabiana dos Santos Pereira, Ana Eloisa de Freitas Ribeiro, Millene Barboza Gomes, Rita de Cássia Callegari, Paulo Benedito dos Santos, Rosiley Paula Lima Vasconcelos, Vilma Pimentel Goes dos Santos, Elizabeth de Campos, Rosângela Gonçalves Baltazar, Tatiana Cabrera Galves, Maria Ângela Pereira Jorge, Elisângela Costa Marcelino, Simone Oliveira da Silva, Felipe de Lima Amorim, Graciana Lopes Lima, Amélia Akiko Nagahama, Regiane Maria Tironi de Menezes, Ronan Rocha Coelho e Breno Souza de Aguiar, que de uma forma ou de outra me incluíram nos serviços, acreditando que eu seria útil, ensinaram-me, apoiaram-me nos estudos e na execução de muitas tarefas.

Aos motoristas da UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme, Valter, Pedro, Erick e Wendel, que me acompanharam nas visitas domiciliares.

Ao Pedro Silva Ramos, diretor da UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme e ao Doutor José Mauro Del Roio Correa, que na época estava como Supervisor da Supervisão Técnica de Saúde da Vila Maria/ Vila Guilherme, ambos por terem aceitado a minha licença e me liberado para os estudos intensos.

Às mulheres guerreiras, que fizeram parte da primeira turma do Mestrado Profissional em Entomologia em Saúde Pública, Geane Aparecida de Almeida Andrade, Júlia Vono Álvarez Figueiredo, Carole El Khoury Mansour e Kelly Reis de Menezes. Elas foram minhas companheiras, apoiamo-nos para ultrapassarmos novos obstáculos e a alcançar essa grande conquista.

À Profª. Drª. Eunice Aparecida Bianchi Galati, coordenadora do Programa do Mestrado Profissional de Entomologia em Saúde Pública, e a todos os professores que me fizeram evoluir academicamente.

RESUMO

Introdução: Em suas áreas urbanas, o Brasil vem enfrentando graves epidemias de Dengue, Zika e Febre Chikungunya. Sabe-se que a principal forma de transmissão se deve à veiculação dos vírus causadores destes agravos pelo mosquito *Aedes aegypti*, sendo fundamental o desenvolvimento de atividades de vigilância entomológica e controle vetorial. Além disso, *Ae. aegypti* é vetor do vírus da Febre Amarela e Mayaro, entre outros agravos. Entre as diferentes formas que contribuem para a proliferação de *Ae. Aegypti*, estão os imóveis onde residem pessoas que estão em situação de acumulação, e que podem se configurar como locais importantes para o aumento da densidade do vetor. **Objetivo:** Avaliar a relação entre os imóveis onde residem esses indivíduos, e a ocorrência de agravos causados por vírus veiculados por *Ae. aegypti*; elaborar um caderno de orientação aos profissionais de saúde para o atendimento de pessoas com transtorno de acumulação na esfera da Vigilância Ambiental. **Materiais e Métodos:** A pesquisa foi desenvolvida em uma região da zona norte da cidade de São Paulo, no período de agosto de 2013 a julho de 2017. Foram geocodificados os endereços das pessoas que estão em situação de acumulação, dos Pontos Estratégicos e dos casos autóctones de Dengue, e demais agravos envolvendo *Ae. aegypti*. Os imóveis das pessoas que estão em situação de acumulação e os PE foram caracterizados no espaço e temporalmente. A existência de aglomerados de casos das arboviroses em torno dos imóveis foi testada por meio da estatística espacial e focal denominada Gi, sendo considerada uma distância máxima de 500 metros, com intervalos a cada 100 metros. O caderno de orientação foi produzido com base na consolidação da estrutura de atendimento de pessoas com transtorno de acumulação existente no âmbito da Vigilância Ambiental. **Resultados:** Dos 93 imóveis de pessoas em situação de acumulação, foram utilizados 78, dos quais se constituíram como plausíveis para a análise. Em relação aos Pontos Estratégicos, foram considerados todos os 94 presentes na área de estudo. No período, foram confirmados 3112 casos autóctones de Dengue. Quanto às demais arboviroses, foram confirmados apenas 5 autóctones de Chikungunya. Dos imóveis de pessoas em situação de acumulação e dos Pontos Estratégicos, em apenas 6 (7,69%) e 4 (4,26%) respectivamente, foi constatada a formação de aglomerados de casos de Dengue, todos pertencentes ao Distrito Administrativo de Vila Medeiros. **Conclusões:** Os imóveis e os Pontos Estratégicos não se mostraram relevantes para a constituição de aglomerados de casos de arboviroses. O caderno de orientação é apresentado no corpo do trabalho.

Descritores: Transtorno de Acumulação; *Aedes aegypti*; Dengue; Arboviroses; Vigilância Ambiental

Parisi SG. [Pessoas em situação de acumulação e ocorrência de arboviroses envolvendo o mosquito *Aedes aegypti*, município de São Paulo, período de 2013 a 2017.] [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2018. Português

ABSTRACT

Introduction: Brazil has been facing severe epidemics of Dengue Zika and Chikungunya Fever in urban areas. It is widely known that the main form of transmission is due to the dispersion of the virus, which leads to diseases caused by the mosquito *Aedes aegypti*. Thus, the development of entomological surveillance and vector control activities are fundamental. In addition, *Ae. aegypti* is a vector of Yellow Fever, Mayaro virus and other diseases. Among different ways of contributing for the proliferation of *Ae. aegypti*, are the houses where people accumulate objects, who suffer from the so-called accumulation disorder, that can be configured as important places for the increase of the vector's density. **Objective:** To evaluate the relationship between the houses where people who are in a situation of accumulation reside and the occurrence of diseases caused by virus transmitted by *Ae. aegypti*; to elaborate a guidebook for health professionals to care for people with accumulation disorders in the ambit of Environmental Surveillance. **Materials and Methods:** The research was conducted in a region situated in the northern part of the city of São Paulo, from August 2013 to July 2017. The addresses of the people in the accumulation situation, the Strategic Points and the cases were geocoded. autochthonous diseases of Dengue and other diseases involving *Ae. aegypti*. The properties of the people afflicted by hoarding disorder and the PE were characterized in space and temporarily. The existence of arboviruses clusters around real estate was tested using the spatial and focal statistics called Gi, considering a maximum distance of 500m, with intervals every 100m. The guidance document was produced based upon the consolidation of the care structure for people with accumulation disorder existing in the scope of Environmental Surveillance. **Results:** Of the 93 properties of people in a situation of accumulation, 78 were used, of which they were constituted as plausible for an analysis. Regarding the Strategic Points, we considered all the 94 presents in the study area. During the period, 3,112 autochthonous cases of Dengue were confirmed. As for the other arboviruses, only 5 autochthonous cases of Chikungunya were confirmed. Regarding the properties of the people in a situation of accumulation and of the Strategic Points, only in a total of 6 (7.69%) and 4 (4.26%) were respectively identified the formation of agglomerates of Dengue cases, all belonging to the Administrative District of Vila Medeiros. **Conclusions:** The properties and Strategic Points were not relevant for the formation of clusters of arboviruses cases. The orientation notebook is displayed in the body of the work.

Descriptors: Hoarding Disorder; *Aedes aegypti*; Dengue; Arboviruses; Environmental Surveillance

Parisi SG. [People in a situation of accumulation and occurrence of arboviruses involving the mosquito *Aedes aegypti*, municipality of São Paulo, from 2013 to 2017] [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2018. Portuguese.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Casos Confirmados Autóctones de Dengue segundo SE de Início de Sintomas. MSP, 2010 a 2015.....	22
FIGURA 2 - Delimitação das Prefeituras Regionais no Município de São Paulo, segundo Decretos N° 15.764, de 27/05/2013 e N° 57.588, de 10/02/2017.....	33
FIGURA 3 - Distritos Administrativos Vila Maria, Vila Guilherme e Vila Medeiro.....	41
FIGURA 4 - Densidade Demográfica Preliminar hab./km ² dos Distritos Administrativos da Vila Maria/Vila Guilherme.....	42
FIGURA 5 - Casos autóctones (com filtro) de Dengue do período de agosto de 2013 a julho de 2017 da UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme.....	57
FIGURA 6 – Taxa de incidência de arboviroses segundo setor censitário de agosto de 2013 a julho de 2014.....	58
FIGURA 7 – Taxa de incidência de arboviroses segundo setor censitário de agosto de 2014 a julho de 2015.....	58
FIGURA 8 – Taxa de incidência de arboviroses segundo setor censitário de agosto de 2015 a julho de 2016	59
FIGURA 9 – Taxa de incidência de arboviroses segundo setor censitário de agosto de 2016 a julho de 2017	59
FIGURA 10 – Uso dos indicadores <i>Gi</i> e correlação de imóveis de pessoas que estão em situação de acumulação no raio de 500m.....	61

FIGURA 11 - Uso dos indicadores G_i e correlação de Pontos Estratégicos no raio de 500m

.....62

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Dados demográficos dos distritos pertencentes à Prefeitura Regional de Vila Maria/Vila Guilherme..... 41

TABELA 2 - Relação de Pontos Estratégicos da UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme de agosto de 2013 a julho de 2017..... 52

TABELA 3 - Relação de Pontos Estratégicos e Positividade para Larvas – UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme de agosto de 2013 a julho de 2017.....53

TABELA 4 - Resultado da captação das assinaturas dos TCLE da UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme 54

TABELA 5 - Levantamento dos casos suspeitos de arboviroses entre agosto de 2013 a julho de 2017 da UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme56

TABELA 6 - Comparação de dados de Dengue do período entre agosto de 2013 a julho de 2017 da UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme utilizados para geocodificação.....56

TABELA 7 - Correlação dos centroides dos Pontos Estratégicos e pessoas que estão em situação de acumulação com a taxa de incidência de arboviroses da UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme de agosto de 2013 a julho de 2017.....60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADL	Avaliação da Densidade Larvária
BA	Bahia
Bti	<i>Bacillus thurigiensis var. israelensis</i>
CHIKV	Vírus Chikungunya
COVISA	Coordenação de Vigilância em Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DA	Distrito Administrativo
DENV	Vírus Dengue
DF	Distrito Federal
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – 5</i>
ES	Espírito Santo
FA	Febre Amarela
GO	Goiás
IPP	Índice Predial
LPI	Local Provável de Infecção
MG	Minas Gerais
MIP	Manejo Integrado de Pragas
MS	Mato Grosso de Sul
PE	Ponto Estratégico
PNCD	Programa Nacional de Controle da Dengue
PNH	Primatas Não Humanos
RJ	Rio de Janeiro
SC	Santa Catarina

SE	Semana Epidemiológica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SP	São Paulo
STS	Supervisão Técnica de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UVIS	Unidade de Vigilância em Saúde
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	13
1.1 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
1.1.1 TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO	15
1.1.2 ARBOVIROSES ENVOLVENDO O MOSQUITO <i>Aedes aegypti</i>	20
1.1.2.1 DENGUE.....	21
1.1.2.2 FEBRE AMARELA.....	23
1.1.2.3 FEBRE CHIKUNGUNYA.....	25
1.1.2.4 ZIKA.....	27
1.1.2.5 MAYARO.....	28
1.1.3 VETOR.....	29
1.2 ESTRUTURAÇÕES DAS ATIVIDADES DE VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA E CONTROLE DO VETOR NA CIDADE DE SÃO PAULO.....	32
1.2.1 GEOPROCESSAMENTO, GEOGRAFIA DA SAÚDE E ANÁLISE ESPACIAL.....	37
2. OBJETIVO GERAL.....	39
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39
3. MATERIAIS E MÉTODOS	40
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO.....	40
3.2 POPULAÇÕES DE ESTUDO.....	42
3.2.1 PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO.....	42
3.2.2 DENGUE E OUTROS AGRAVOS.....	43
3.2.2.1 FONTES DO SINAN	43
3.2.2.2 SINANNET	44
3.2.2.3 SINAN ONLINE	44
3.2.2.4 BANCO DE DADOS PRÓPRIO.....	45
3.2.3 PONTOS ESTRATÉGICOS.....	45
3.3 FONTES DE INFORMAÇÕES E VARIÁVEIS.....	46
3.4 PESQUISA.....	47
3.4.1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	47
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	48
3.5.1 OBJETIVO A.....	48

3.5.2 OBJETIVO B.....	48
3.5.3 OBJETIVO C.....	48
3.5.5 OBJETIVO D.....	49
3.5.3 OBJETIVO E.....	51
4. RESULTADOS.....	52
4.1 OBJETIVO A.....	52
4.2 OBJETIVO B.....	55
4.3 OBJETIVO C.....	55
4.4 OBJETIVO D.....	60
4.5 OBJETIVO E.....	63
5. DISCUSSÃO.....	127
6. CONCLUSÃO.....	137
7. REFERÊNCIA.....	138
8. ANEXOS.....	152

1. Introdução

Arbovírus são vírus de genoma RNA veiculados por artrópodes da definição do inglês: "*arthropod borne virus*" que podem levar às zoonoses (FIGUEIREDO, 2007). Os vírus da Dengue, da Febre Amarela, Chikungunya, Zika e Mayaro são exemplos desses vírus que podem causar doenças infecciosas e consequentemente levar a óbito.

No Brasil, esses vírus são transmitidos pelo mosquito da espécie *Aedes (Stegomyia) aegypti* (Linnaeus, 1762) (Díptera: Culicidae). O fator principal que leva à proliferação do mosquito *Aedes aegypti* é a formação de criadouros que são compostos por materiais que acumulam água.

Sabe-se atualmente que existe um transtorno mental denominado transtorno de acumulação, que se constitui por aquisição e acumulação de objetos, mesmo sem utilidade, e/ou perigosos, até mesmo animais domésticos entre outros.

Essa situação pode levar a riscos de saúde pública por causar incômodos, por emissão de odores desagradáveis ou por promover o aparecimento de animais sinantrópicos, como por exemplo, ratos, baratas, moscas, pombos e principalmente mosquitos (ALMEIDA e PONTES, 2014), expondo moradores e vizinhos a riscos eminentes.

Essa percepção leva a entender que imóveis de pessoas que estão em situação de acumulação podem estar ligados a fatores que levem à proliferação do mosquito *Ae. aegypti*. Embora a identificação dessas pessoas no município de São Paulo seja possível através dos serviços de Vigilância em Saúde da cidade juntamente com as Unidades Básica de Saúde (UBS) ou outras secretarias/ serviços de saúde, o atendimento se torna complexo, pois depende muito da própria pessoa que está em situação de acumulação querer ser

assistida. Na maioria dos casos, a solução demora a ocorrer por falta de uma rede articulada, prolongando os problemas de saúde pública.

Em virtude dessa problemática, a cidade de São Paulo conquistou uma vitória com a instituição da Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação, regulamentada pelo Decreto Nº 57.570, de 28 de dezembro de 2016 (SÃO PAULO, 2016), porém ainda persistem os obstáculos para o enfrentamento das dificuldades que concernem à atenção às pessoas que estão em situação de acumulação e as consequentes questões de saúde pública.

Analisar se imóveis de pessoas com transtorno de acumulação ou em situação de acumulação da cidade de São Paulo são fatores de risco na ocorrência da Dengue, bem como de outras arboviroses, por talvez colaborar com o surgimento de novos criadouros dos vetores desses arbovírus, é importantíssimo para implementar o atendimento aos pacientes em situação de acumulação de forma a ser mais articulado e particularmente prever quais as regiões da capital se tornariam mais vulneráveis à circulação de arbovírus veiculados pelo mosquito *Ae. aegypti*, tornando o serviço da Vigilância em Saúde do município de São Paulo mais efetivo. Além disso, a confirmação da contribuição dos imóveis das pessoas que estão em situação de acumulação na proliferação do vetor e na ocorrência de arboviroses seria importante para estimular as autoridades de São Paulo, bem como dos demais municípios brasileiros, a considerar esta questão como um problema de saúde pública a ser devidamente equacionado.

1.1 Revisão de Literatura

1.1.1 Transtorno de Acumulação

Transtorno de Acumulação é um transtorno caracterizado pela aquisição de objetos (tudo aquilo que é manipulável ou manufaturável) por meio de compra ou coleta em vários tipos de ambientes com seus posteriores acúmulos compulsivamente (silogomania) e desordenadamente (ALMEIDA e PONTES, 2014), diferente de colecionista que acumula organizadamente e delimitado. Encontram-se também descrito em algumas literaturas como Síndrome de Diógenes que faz referência ao filósofo grego de Sínope, adepto à escola filosófica cinismo, o qual faz alusão à autossuficiência e opostamente ao desapego de bens materiais; (COONEY & HAMID, 1995) ou pelo acúmulo de animais, chamado de Síndrome de Noé.

O indivíduo acometido pelo transtorno ou que está em situação de acumulação pode ser ou é incapaz de dispor desses objetos (disposofobia) e/ou animais. Outrossim, os indivíduos são considerados antissociais, pois vivem sozinhos e preferem o isolamento, sentindo-se desconfortáveis com visitas em suas residências (APA, 2013), a menção à autossuficiência na realidade vem desse isolamento e o montante de objetos a volta do indivíduo que está na situação de acumulação se apresenta como uma proteção contra o medo e a insegurança. Esse acúmulo de objetos amontoados que faz o ambiente se tornar sujo, insalubre, intransitável e perigoso (ALMEIDA e PONTES, 2014), tanto dentro de casa quanto nas áreas externas, quintais e até porções da calçada, local público.

A limpeza da residência somente funciona em curto tempo, pois em alguns dias o indivíduo volta a recolher novos objetos e evita a eliminação de outros, acreditando sempre que de alguma forma irá precisá-los para uma finalidade e assim retorna com a situação de

acúmulo e condição insalubre. Na visão do acumulador, os inservíveis não são resíduos e descartáveis, são bens essenciais para a vida (FAZZIO, 2015).

Anteriormente foi classificado como um subtipo de TOC, atualmente é classificado separadamente pelo último *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5). Em um estudo, acumuladores demonstraram uma excessiva atividade em duas regiões cerebrais, o córtex cingulado anterior e ínsula, quando entraram numa situação em que tiveram que decidir em ficar ou se desfazer de seus pertences. (TOLIN et al., 2012). Além de que, foi deduzido que algumas pessoas com transtorno de acumulação não apresentavam sinais de TOC (GRISHAM et al., 2007). Com base nisso, foram identificadas algumas características para o diagnóstico do transtorno de acumulação.

Existem alguns fatores que são utilizados para o diagnóstico do transtorno, segundo BALLONE (2013):

- Recolher e acumular excessivamente bens e objetos que a maioria das pessoas joga fora, tais como sucatas ou lixo, embalagens, jornais velhos etc., e amontoá-los em pilhas;
- Incapacidade ou grande dificuldade, angústia e indecisão ansiosa, associadas às tentativas e às solicitações para descartar os objetos acumulados;
- Viver em condições precárias de salubridade e em desorganização por conta do acúmulo excessivo de bens e objetos, além de não permitir que alguém arrume ou limpe tal desorganização;
- Desvirtuar o espaço da casa de sua real finalidade a qual se destina (cozinha para cozinhar, banheiro para tomar banho, quarto para dormir etc.) para ocupá-los com os objetos acumulados;
- Em alguns casos, ter muitos animais de estimação e não cuidar deles da melhor maneira;
- Negar que seja exagerado o acúmulo compulsivo, ter vergonha e constrangimento deste hábito e, mesmo assim, não conseguir controlar o impulso;
- Os sintomas causam sofrimento significativo ou prejuízo em áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes de funcionamento da pessoa.

E os critérios para o diagnóstico contidos no DSM-5 são:

- Dificuldade persistente de descartar ou de se desfazer de pertences, independentemente do seu valor real;
- Esta dificuldade se deve a uma necessidade percebida de guardar os itens e ao sofrimento associado a descartá-los;
- A dificuldade de descartar os pertences resulta na acumulação de itens que congestionam e obstruem as áreas em uso e compromete substancialmente o uso pretendido;
- Se as áreas de estar não estão obstruídas, é somente devido a intervenções de outras pessoas (p. ex., membros da família, funcionários de limpeza, autoridades);
- A acumulação causa sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (incluindo a manutenção de um ambiente seguro para si e para os outros);
- A acumulação não é devida à outra condição médica (p. ex., lesão cerebral, doença cerebrovascular, síndrome de Prader-Willi);
- A acumulação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental (p. ex., obsessões no transtorno obsessivo-compulsivo, energia reduzida no transtorno depressivo maior, delírios na esquizofrenia ou outro transtorno psicótico, déficits cognitivos no transtorno neurocognitivo maior, interesses restritos no transtorno do espectro autista).

As residências das pessoas que são acometidas pelo transtorno ou que estão em situação de acumulação são propícias à transmissão de agravos, odores fétidos, empilhamentos de objetos sem utilidades que acabam comprometendo o bem-estar e necessidades básicas desses próprios indivíduos. Com o propósito de tentar melhorar esses hábitos e a situação do paciente e dos moradores do entorno, esses indivíduos acabam inseridos quase sempre em problemas judiciais (ARAÚJO e SANTOS, 2015). Assim, subentende que transtorno de acumulação é uma psicopatologia de questão de saúde pública, pois pode levar ao aparecimento de zoonoses, proliferação de animais sinantrópicos (ratos, baratas, mosquitos, escorpiões, entre outros) e acidentes, como incêndios e até mesmo soterramento e desabamentos, expondo constantemente a vida em

risco do próprio paciente, de outros moradores e vizinhos (TOLIN et al., 2012; ALMEIDA e PONTES, 2014; ARAUJO e SANTOS, 2015).

A associação da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e medicação adequada foi positiva, dado que esta terapia objetiva o entendimento das causas do transtorno de acumulação, descobrindo o que levou à situação. Dessa forma é possível mudar aos poucos a mentalidade do paciente. Esta terapia pode ser muito demorada (durar meses ou até anos) e exige grande dedicação dos envolvidos e à melhora do paciente.

Entretanto, BALLONE (2013) considera que pessoas com transtorno de acumulação e os portadores de TOC com característica de colecionar são os indivíduos que têm menos sucesso ao TCC e medicamento, principalmente quando tem o transtorno seguido de insight pobre ou ausente. Na psicologia, insight é uma visão interna que cada indivíduo possui com capacidade de se auto julgar, quando o insight é pobre ou não tem, significa que o indivíduo tem pouca ou não tem capacidade de se enxergar mentalmente e não consegue discernir e julgar algum transtorno ou desordem em si (FONTENELLE et al., 2010).

O descarte de seus pertences é uma medida totalmente radical já que se cria um apego e afeto aos objetos, portanto jogá-los fora tornaria o indivíduo desamparado e inseguro. Acredita-se que a psicoterapia *in loco* possa ser a mais aceitável para a solução do problema (LIMA, 2011).

O conhecimento pela acumulação compulsiva se deu devido à morte dos irmãos Collyer no ano de 1947 em Nova Iorque onde a polícia fora chamada para a retirada de um corpo em uma mansão no bairro de Harlem, em Manhattan. Tratava-se de dois irmãos que acumulavam objetos, um deles havia falecido por inanição e outro irmão havia desaparecido. Passados alguns dias, a polícia descobriu o corpo do irmão desaparecido morto na mesma residência, por ter sido esmagado pelos próprios objetos amontoados. Eles

havia acumulado durante anos após o falecimento de seus pais como uma barreira de proteção numa Nova York perigosa (WEISS, 2010).

Mesmo uma história impactante, não é um acontecimento isolado, um transtorno que afeta quase 4% da população mundial (LIMA, 2011) e aumenta para mais de 6% em adultos maiores de 55 anos (SAMUELS et al., 2008). Para a Associação Americana de Psiquiatria – APA (2013) nos Estados Unidos e Europa a prevalência é de 2 a 6%. O transtorno de acumulação afeta homens e mulheres, mas alguns estudos epidemiológicos relataram prevalência maior em indivíduos do sexo masculino diferente do que demonstra um estudo brasileiro que apontou existir mais mulheres em situação de acumulação (CUNHA et al., 2017).

Ainda no trabalho de CUNHA et al (2017), houve uma tendência linear entre pessoas em situação de acumulação e a densidade populacional, sendo apontado uma razão de 4,10 acumuladores de objetos para cada 100.000 habitantes na cidade, verificou-se o acúmulo de apenas animais em 36,3% dos casos, 42,5% acumulando apenas objetos e 21,2% acumuladores de objetos e animais simultaneamente.

Os sintomas de acumulação parecem ser quase três vezes mais prevalentes em adultos mais velhos (55 a 94 anos) contrapondo com adultos mais jovens (33 a 44 anos) (APA, 2013). Ainda há poucas informações em relação à prevalência, pois pesquisas científicas sobre o assunto ainda são escassas (SAMUELS et al., 2008).

De progressão lenta, é diagnosticado em idades avançadas, diante disso é conhecido por ser uma doença senil, mas não exclui o fato de jovens e adultos jovens serem acometidos pelo transtorno (BERLYNE, 1975).

Foram encontradas associações ao uso de álcool entre outras drogas, insegurança por invasões à moradia/residência, experiências traumáticas relacionadas a mortes ou separação dos pais, abuso sexual, traços de transtorno de personalidade, de transtorno

obsessivo-compulsivo e a presença de psicopatologia dos pais (TOLIN et al., 2012). A ansiedade excessiva, depressão, fobia social e tristeza foram características em comum encontradas nos acometidos pelo transtorno (SAMUELS et al., 2008; TOLIN et al., 2012).

1.1.2 Arboviroses envolvendo o mosquito *Ae. aegypti*

Para MORSE (1990) e ROSENBERG (2015), infecções emergentes ou reemergentes são aquelas que surgem ou reaparecem em uma população e rapidamente se incidem e se espalham geograficamente. Agentes biológicos que causam essas infecções e afetam hospedeiros susceptíveis, podem ter origem zoonótica e em meio silvestre.

As alterações antropogênicas, como desmatamento, uso do solo, monoculturas, condições precárias de moradias, condições escassas de higiene, expansão humana e expansão econômica, também podem interferir na transmissão desses agentes para a população humana. Os agentes infecciosos podem ser protozoários, nematoides e vírus (FINKLER, 2012; MAYER et al., 2017).

Quando são vírus veiculados por artrópodes são chamados de arbovírus que também podem ocasionar agravos emergentes ou reemergentes. Existem vários artrópodes que veiculam vírus e que por muitas vezes são de difícil controle, exatamente pelo modo de vida da população humana que favorece a proliferação e consequentemente a alta ocorrência de arboviroses. É o caso do mosquito *Ae. aegypti*, que é extremamente urbano e está associado à densidade populacional humana. No Brasil, a presença de mosquito dessa espécie está relacionada às arboviroses Dengue, Chikungunya, Zika, e potencialmente associado à Febre Amarela Urbana e Mayaro (FIGUEIREDO, 2007; MUSSO, 2015).

1.1.2.1 Dengue

A Dengue é uma doença infecciosa causada por um vírus do gênero *Flavivirus*, família *Flaviviridae*, um complexo formado por quatro sorotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4) (BRASIL, 2015a). A infecção pode ser assintomática, podendo evoluir para formas mais graves ou levar a óbito (BRASIL, 2015a).

O principal vetor do vírus é o mosquito *Ae. aegypti*, porém *Aedes albopictus* já foi associado com algumas epidemias fora do Brasil, ocorridas em territórios asiáticos, Ilhas Maldivas, Ilha Reunião e Havaí, considerado um vetor competente nessas regiões (LAMBRECHTS et al., 2010). Nos últimos 50 anos, o número de casos novos aumentou em 30 vezes com 50 milhões de infecções ocorrendo anualmente em áreas rurais e urbanas. Mais de 2 bilhões de pessoas vivem em área com dengue endêmica. No Brasil, a Dengue ocorre de uma forma continuada e com aumento cíclico de transmissões possivelmente devido à introdução ou mudança dos sorotipos (BRASIL, 2016). Além disso, é uma doença com variação sazonal, sendo expressa a partir do segundo ao quarto mês do ano (VIANA e IGNOTTI, 2013), por exemplo, como mostra a Figura 1 na cidade de São Paulo.

Figura 1 - Casos Confirmados Autóctones de Dengue segundo SE de Início de Sintomas. MSP, 2010 a 2015.

Fonte: Plano de Contingência Municipal da Dengue – Município de São Paulo 2015/2016

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/plano_contingencia_final_1462895236.pdf <Acesso em 15/12/2017>

No Brasil, desde 1986, a transmissão da Dengue também vem seguindo esse padrão de uma forma continuada (BRASIL, 2016). Segundo o Ministério da Saúde, no ano de 2017 foram registrados 251.711 casos prováveis de Dengue no país até a Semana Epidemiológica (SE) 52 e no ano de 2018, 171.582 casos prováveis de Dengue com incidência de 82,6 casos/100 mil habitantes, e 85.658 casos confirmados até a SE 25 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2018).

No estado de São Paulo foram 5.839 casos autóctones confirmados no primeiro semestre de 2018 e no município de São Paulo foram contabilizados 338 casos autóctones, até a SE 22 (CVE, 2018a).

No ano de 2018, nos Distritos Administrativos (DA) da Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) Vila Maria/ Vila Guilherme que compreendem aos DA Vila Maria, Vila Guilherme e Vila Medeiros, foram contabilizados 9 casos confirmados com suas respectivas incidências 1, 0 e 0 casos/100 mil habitantes até a SE 18 (SÃO PAULO, 2018a).

1.1.2.2 Febre Amarela

A Febre Amarela também é caracterizada por ser uma doença infecciosa que provoca febre hemorrágica e compromete os rins e fígado levando à icterícia. É causada por um vírus do gênero *Flavivirus* da família *Flaviviridae*. Trata-se de uma doença endêmica de florestas tropicais do continente Americano e endêmica do continente Africano. Na América do Sul, o vírus é veiculado pelos mosquitos, que se reproduzem e nascem em criadouros naturais, do gênero *Haemagogus* e *Sabethes*. Estes mosquitos são vetores do vírus da Febre Amarela em áreas florestais e com fragmentos de mata, ou próximas, podendo causar epizootias em primatas não humanos (PNH) e gerar casos humanos de Febre Amarela Silvestre (MASSAD et al., 2001).

Quando um humano susceptível adentra ou circula regiões próximas onde há a circulação do vírus da Febre Amarela, mosquitos silvestres infectados podem picá-lo transmitindo o vírus, quando este indivíduo se desloca para área urbana pode se tornar fonte de infecção para mosquitos *Ae. aegypti*, na cidade. Este quadro pode servir como elo para a ocorrência da Febre Amarela Urbana, com o envolvimento de *Ae. aegypti* na transmissão urbana do vírus (STRODE, 1951), cujo último caso ocorrido no Brasil, data de 1942 (COSTA et al., 2011).

É válido ressaltar a reemergência da doença silvestre na região Extra-Amazônica a partir de 2014, a maioria iniciando na região Centro-Oeste e estendendo-se na direção Sudeste e Sul do país (BRASIL, 2017a).

No início de 2017 a situação ficou ainda mais agravada devido ao surto no estado de Minas Gerais. Destacando-se no Brasil, 2.867 notificações por Febre Amarela desde julho de 2017 a fevereiro de 2018 com 723 casos confirmados, sendo 237 óbitos e uma incidência de 2,2 casos para cada 100 mil/ habitantes. Dentro desse mesmo período, foram

confirmados casos nos estados do Espírito Santo (ES), Distrito Federal (DF), Minas Gerais (MG), Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP), todos considerando o próprio estado como Local Provável de Infecção (LPI). Os estados de MG e SP lideraram em casos de Febre Amarela com 103 e 95 casos de óbitos respectivamente (BRASIL, 2018a)

A cidade de Mairiporã no estado de São Paulo, no período de julho de 2017 a julho de 2018, esteve no topo em números de casos e óbitos, 177 casos e 49 óbitos com uma letalidade de 27,7% (desses óbitos, um com residência em MG e outro em Santa Catarina (SC) (CVE, 2018d).

Foi anunciado, no mês de outubro de 2017, o fechamento do Horto Florestal e do Parque Estadual Serra da Cantareira, uma das maiores florestas urbanas (Zona Norte da cidade de São Paulo), devido ao óbito de primata não humano (PNH), confirmado posteriormente positivo para Febre Amarela, afim de evitar o contato de humanos com mosquitos infectados. Além disso, foi intensificada a cobertura vacinal para a população residente no entorno do parque e também cuja àquelas pessoas que trabalhavam próximo. Além disso, já no mês de setembro ocorreu a imunização da população no distrito administrativo (DA) Anhanguera também na Zona Norte, realizada por conta de corredores ecológicos numa ação mais preventiva em decorrência de óbitos de PNH, posteriormente confirmados positivos para Febre Amarela (FIORAVANTI, 2018).

Somente na região da Zona Norte de São Paulo, entre outubro de 2017 a abril de 2018 foram 106 casos de óbitos confirmados de PNH. Após esses ocorridos, a imunização se estendeu para todas as regiões da cidade, dividida em fases até o ano de 2018. Na cidade de São Paulo no ano de 2018, ocorreram 13 casos humanos autóctones com 6 óbitos e uma taxa de letalidade de 46,2%, até a SE 18 (CVE, 2018d).

Esta situação vem preocupando as autoridades que trabalham com a Vigilância em Saúde no país, principalmente no que tange ao risco da reurbanização da Febre Amarela, haja vista que, o mosquito *Ae. aegypti* é encontrado em 90% das cidades brasileiras. No caso da ocorrência de epidemias urbanas da doença, especialmente em áreas com baixa ou nenhuma cobertura vacinal, grande número de óbitos seriam esperados até que medidas de controle pudessem ser equacionadas e eficientemente aplicadas (ABRASCO, 2017). Vale ressaltar que o Ministério da Saúde indicou a vacinação nos estados do Rio de Janeiro, Bahia e São Paulo em 2017/2018 e que até fevereiro de 2018, 5,5 milhões de pessoas já haviam sido vacinadas em todo o país (BRASIL, 2018a).

1.1.2.3 Febre Chikungunya

A Chikungunya é uma doença febril aguda causada pelo vírus Chikungunya do gênero *Alphavirus* família *Togaviridae*, apresentando baixa letalidade, porém é caracterizada por ocasionar artralgia e artrite que podem perdurar por meses a anos (FIGUEIREDO, 2007). O nome vem de um idioma da Tanzânia, swahili, que significa: “aqueles que se dobram”, devido aos infectados da primeira epidemia, registrada no leste africano em 1952-53, que se encurvavam pelas demasiadas dores nas articulações (BRASIL, 2017b).

Há registro de transmissão vertical do vírus, no entanto a principal transmissão ocorre através da veiculação do vírus pelos mosquitos *Ae. aegypti* e também pelo *Ae. albopictus*, porém este último tem maior preferência por sangue de animais e prefere habitats silvestres. Considerando isso, o controle da doença, também se baseia no controle dos vetores.

A Febre Chikungunya é endêmica de algumas regiões do continente Africano, Sudeste Asiático e do Subcontinente Indiano (CONTEVILLE et al., 2016). O primeiro caso autóctone nas Américas foi detectado em 2013 nas Ilhas do Caribe e se espalhou rapidamente para vários países da América Central e Nordeste da América do Sul. (JOHANSSON, 2015).

Estima-se que 94 países tenham condições favoráveis ou possuam projeções para o estabelecimento da Febre Chikungunya, destes, 41 países estão localizados somente nas Américas. Além do que, das 1,3 bilhões de pessoas as quais se presumem morarem em locais de risco para a febre, 260 milhões habitam as Américas (NSOESIE et al., 2016).

De acordo com POWERS et al (2000) (apud MOTA et al., 2016 p. 41), foram relatados quatro genótipos do vírus, o genótipo da África Ocidental com caráter enzoótico, genótipo do Leste / Central / Sul da África, o genótipo Asiático e o do Oceano Índico causador de surto na Índia, ilhas do Oceano Índico e Europa em 2004. O Brasil registrou casos em 2014 no Norte e Nordeste do país sendo obtida a descrição do genótipo Asiático no Nordeste brasileiro e no Estado do Rio de Janeiro (CONTEVILLE, 2016).

No ano de 2018, foram registrados 47.791 casos prováveis de Febre de Chikungunya no país, com uma taxa de incidência de 23,0 casos/100 mil habitantes até a SE 23. Foram 30.251 casos confirmados com 8 óbitos. A região Centro-Oeste apresenta a maior taxa de incidência: 80,7 casos/100 mil habitantes (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2018). Dentre os casos da Febre Chikungunya no estado de São Paulo, 97 casos autóctones foram confirmados até a SE 22 e só na cidade de São Paulo foram 18 casos autóctones (CVE, 2018b).

1.1.2.4 Zika

O vírus Zika (ZIKV) pertence ao mesmo gênero dos vírus Dengue e vírus da Febre Amarela, *Flavivirus* (família Flaviviridae). Caracteriza-se por uma febre moderada ou alta com sintomas de conjuntivite, artralgia, artrite e *rash* podendo ocasionar severa complicação neurológica, síndrome de Guillain–Barré. Recentemente foi confirmada sua associação com a ocorrência de microcefalia e más-formações aos fetos de grávidas acometidas pelo vírus (CONTROL ECFDPA, 2015).

O primeiro isolamento do vírus ocorreu na floresta Zika em Uganda no ano de 1947 a partir de macacos Rhesus (DICK et al., 1952). Atualmente são conhecidos dois genótipos, um provindo da África e outro da Ásia, este último foi responsável pelas epidemias na ilha de Yap na Micronésia em 2007 (DUFFY et al., 2009) e Polinésia Francesa, entre outras ilhas do Pacífico, em 2013. Já foram registrados 39 países com transmissão de ZIKV, por conta disso, recentemente a epidemia foi considerada um estado de emergência pela Organização Mundial de Saúde (OPAS, 2016).

Desde o ano de 2014, o Brasil vem enfrentando casos de Zika pressupondo-se que a linhagem da Ásia seja responsável pela epidemia brasileira (MUSSO, 2015). Os vírus foram identificados inicialmente em 24 pacientes com suspeita de Dengue e Chikungunya, em Camaçari na Bahia (CAMPOS et al., 2015) e oito confirmações autóctones em Natal no Rio Grande do Norte (ZANLUCA et al., 2015). Numa coorte de 88 mulheres grávidas 72 foram positivas para ZIKV no Rio de Janeiro (BRASIL et al., 2016) e em maio de 2015, foi confirmado um caso em São Paulo pelo Instituto Adolfo Lutz/SP (BRASIL, 2017c).

O vírus é mantido no ciclo silvestre por primatas não humanos e mosquitos. Muitas espécies de *Aedes spp.* foram encontradas infectadas com o vírus Zika, (FAYE et al., 2013), porém no Brasil o responsável por acarretar a transmissão desse vírus é a presença do

mosquito *Ae. aegypti* (AYRES, 2016), com especulações do envolvimento do gênero *Culex* spp. na transmissão. Entretanto, estudo realizado mostrou que *Culex quinquefasciatus* não estava envolvido na epidemia de Zika no Rio de Janeiro (FERNANDES et al., 2016).

Há relatos de transmissão sexual (DECKARD et al., 2016; ATKINSON et al., 2017) e de transmissão vertical (BESNARD et al., 2014). Foram encontrados vírus na urina, no sangue de gestantes (BRASIL et al., 2016), saliva e leite materno (BESNARD et al., 2014).

No Brasil, todos os estados reportaram casos de Zika desde 2014. No ano de 2017 foram notificados 17.594 e em 2018, 5.401 casos prováveis com uma incidência de 2,6 casos/ 100 mil habitantes até a SE 25. A região sudeste teve o maior número de registro de casos prováveis, porém a região Centro-oeste lidera com a maior taxa de incidência. Foram confirmados 2 óbitos por Zika Vírus até a SE 25, um no estado de Alagoas e outro na Paraíba (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2018). No estado de São Paulo foram 80 casos autóctones e no município de São Paulo foram 2 casos autóctones até a SE 24 (CVE, 2018c). Vacinas estão em fase de desenvolvimento, mas o controle em sua maior parte se dá pelo controle vetorial do *Ae. aegypti* (FERNANDES et al., 2016).

1.1.2.5 Mayaro

O vírus Mayaro é referido ao gênero *Alphavirus* da família *Togaviridae* e é responsável por causar uma doença febril moderada que também acomete as articulações com dores intensas podendo persistir por meses (FIGUEIREDO, 2007). Outros sintomas como febre, *rush*, mialgia e náuseas, são facilmente confundidos com os sintomas da Dengue. O vírus Mayaro dificilmente consegue ser isolado, uma vez que se caracteriza por ter um curto tempo de viremia (MOTA et al., 2016).

Endêmico das regiões tropicais do continente americano, foi identificado em 1954 em Trinidad (CAUSEY e MAROJA, 1962). Causador de surtos esporádicos no Peru, Bolívia e outros países da América do Sul, bem como na região Amazônica e Planalto Central (FIGUEIREDO, 2007), está relacionado com áreas rurais ou silvestres com a entrada de humanos em ambientes de mata, onde o ciclo é mantido por aves e mamíferos. É veiculado pelos mosquitos do gênero *Haemagogus*, mesmos vetores do vírus da Febre Amarela. Contudo, o mosquito *Ae. aegypti* tem grande chance de se tornar vetor nas áreas urbanas, uma vez que é vetor competente desse vírus (LONG et al., 2011).

Houve evidências de aves infectadas no Sul do Brasil (FIGUEIREDO, 2007) e, no ano de 2000, foram identificadas três pessoas (uma da cidade de Flórida Paulista e duas da cidade de Osvaldo Cruz, ambas as cidades pertencentes à região Noroeste do estado de São Paulo) infectadas com o vírus, sendo os casos considerados importados do estado do Mato Grosso do Sul (COIMBRA et al., 2007). Não há vacina para a doença, portanto a vigilância entomológica e o controle são as únicas ações eficazes para a contenção da doença (MOTA et al., 2016).

1.1.3 Vetor

Ae. aegypti são insetos hematófagos, Diptera da subordem Nematocera pertencentes à família Culicidae, desse modo são conhecidos como mosquitos e somente as fêmeas apresentam hematofagia. São insetos holometábolos, que possuem metamorfose completa, compreendendo ovo, larva, pupa e o inseto adulto (alado). Os estágios de larva e pupa necessitam de um corpo d'água para as suas funções vitais. Este é um fator determinante para a proliferação de *Ae. aegypti*, uma vez que as fêmeas da espécie

depositam seus ovos em recipientes que acumulam água, chamados de criadouros, os quais podem ser naturais ou artificiais.

As poças, pântanos, lagos e fossos não atraem as fêmeas de *Ae. aegypti* para a oviposição, entretanto os recipientes artificiais feitos de borracha, plástico, fibra de vidro, madeira, porcelana, metal, entre outros, representam a maioria dos habitats de oviposição e de larvas. Já as bromélias, internódios nas plantas, buracos de árvores, entre outros servem como criadouros e talvez sejam habitats ancestrais para as larvas (RITCHIE, 2014). Já se sabe que o volume de água e o tamanho do diâmetro do recipiente são proporcionais à oviposição (HARRINGTON et al., 2008).

As fêmeas do mosquito são altamente antropofílicas, isso é, tem preferência quase que exclusivamente pela fonte alimentar de sangue humano (RITCHIE, 2014), como são persistentes e vorazes por se alimentar, acabam obtendo várias refeições numa única residência e num único dia (SCOTT et al., 2000), confirmando seu comportamento endofágico. Após o repasto sanguíneo as fêmeas de *Ae. aegypti* procuram abrigos estáveis para a digestão do sangue, para a maturação dos oócitos e para se protegerem de possíveis dessecações (RITCHIE, 2014), corroborando o comportamento endofílico. Essa espécie prefere se estabelecer em local escuro e, quando há aumento na luminosidade, se desloca rapidamente. As larvas preferem se localizar nas regiões mais escuras dos recipientes, pois possuem comportamento fotofóbico (INSTITUTO OSWALDO CRUZ, 2017a).

Os mosquitos adultos voam poucas centenas de metros (RUSSELL et al., 2005), sendo que o alcance de voo (raio de dispersão) é de no máximo 800m em vias extensas ou em áreas de campo aberto. Em bairros com aglomeração humana não tão intensa, a média de vôo registrada é de aproximadamente 100m, podendo chegar a 240m. Em áreas de grande aglomeração de pessoas e moradias muito próximas, os mosquitos podem voar ainda menos (usualmente de 40m a 50m) (INSTITUTO OSWALDO CRUZ, 2017b).

Esta pequena dispersão, além de manter os mosquitos próximos da fonte de alimentação, evita o gasto de energia e evita o vôo onde a velocidade do vento poderia dispersá-los para fora de seus habitats (SRYGLEY e DUDLEY, 2008).

Já num estudo realizado numa área altamente endêmica para Dengue no Rio de Janeiro, foi avaliada a recaptura de fêmeas de *Ae. aegypti* numa área sem obstáculos geográficos e sem interferência dos criadouros, o deslocamento máximo foi de 690m (MACIEL-DE-FREITAS e LOURENÇO-DE-OLIVEIRA, 2009).

Alguns resultados sugerem que a dispersão de *Ae. aegypti* se dá em grande parte de casa em casa (VAZQUEZ-PROKOPAC et al., 2010), portanto aglomerações humanas, qualidade de moradia da população, condições socioeconômicas e urbanização (RAMOS et al., 2008) são fatores importantíssimos para promover a alimentação, o comportamento e a dispersão do mosquito. Além de que o aumento de temperatura pelo aquecimento global, umidade do ar e nível pluviométrico favorecem o desenvolvimento e a proliferação de *Ae. aegypti*, tanto nas formas imaturas quanto nas formas adultas (VIANA e IGNOTTI, 2013).

O mosquito tem duas subespécies *Ae. Aegypti formosus* e *Ae. aegypti aegypti* que no Brasil tem sua origem ancestral a partir da subespécie silvestre *Ae. aegypti formosus*, que se alimenta de sangue de animais e é encontrado no continente Africano em buracos de árvores. Espalhou-se rapidamente para as Américas a partir de populações urbanas em virtude do tráfico de escravos e dos navios negreiros (BROWN et al., 2014). Atualmente a distribuição do mosquito *Ae. aegypti* ocorre em todos os continentes inclusive na América do Norte e na Europa (KRAEMER et al., 2015).

Num estudo em Fernando de Noronha no nordeste brasileiro, a distribuição espacial e temporal de ovos de *Ae. aegypti* se mostrou heterogênea em áreas urbanizadas com

predominância nos meses de alta infestação, maio e agosto (REGIS et al., 2014). Já em Divinópolis no estado de Minas Gerais (sudeste) utilizando ovitrampa, a distribuição ocorreu em áreas com alta densidade populacional com o encontro de ovos predominantemente no mês de fevereiro, apontando a presença de vetores com a positividade de Dengue (TARANTO et al., 2015). Para BARBOSA e LOURENÇO (2010) numa região do estado de São Paulo em dois anos consecutivos a epidemia de Dengue se constituiu logo após dois meses do alto índice de recipientes.

1.2 Estruturações das atividades de Vigilância Entomológica e controle do vetor na cidade de São Paulo.

O município de São Paulo era constituído por 31 subprefeituras aprovado pela Lei 13.399/02 de 1º de agosto de 2002 (SÃO PAULO, 2002). No dia 27 de maio de 2013 a 32ª subprefeitura foi incluída (SÃO PAULO, 2013). Posteriormente ocorreu a alteração de Subprefeituras para Prefeitura Regional por meio do Decreto Nº 57.588, DE 10/02/2017 (SÃO PAULO, 2017a). Essa divisão, no âmbito da saúde, serve como delimitação para os serviços de Vigilância em Saúde.

Figura 2 - Delimitação das Prefeituras Regionais no Município de São Paulo, segundo Decretos Nº 15.764, de 27/05/2013 e Nº 57.588, de 10/02/2017.

De acordo com a Portaria 3.252/09, de 22 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009)

no *caput* do Artigo 1º:

A Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Caput do Artigo 2º:

A Vigilância em Saúde constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde.

A partir de setembro de 2017 houve uma reorganização na denominação e estrutura organizacional da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) do Município de São Paulo. A SMS é o órgão responsável pela direção do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade e tem-se: a Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA) e as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) relevantes à Vigilância em Saúde, além das demais outras divisões pertinentes ao SUS.

A COVISA por sua vez também tem suas divisões: Divisão de Vigilância Epidemiológica, Divisão de Vigilância de Zoonoses, Divisão de Vigilância em Saúde Ambiental e Divisão de Informação em Vigilância em Saúde. Já as Coordenadorias Regionais em Saúde (CRS) estão divididas em: Centro, Leste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul sendo integradas pelas Divisão de Atenção à Saúde, Divisão de Regulação, Divisão de Informação, Divisão Regional de Vigilância em Saúde, Divisão de Administração e Finanças, Divisão de Gestão de Pessoas, Divisão de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde, Supervisão Técnica de Saúde (STS), este último iria ser alterado para Distrito de Saúde, porém continua com a mesma nomenclatura, com seus respectivos Estabelecimentos, Unidades, Serviços de Saúde e Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS) (SÃO PAULO, 2017b).

A cidade de São Paulo conta com 27 UVIS. (SÃO PAULO, 2017b). As UVIS por sua vez estão divididas em Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Ambiental.

No Art. 2º estão definidas as atividades de Vigilância Ambiental, como segue:

Vigilância em saúde ambiental: conjunto de ações que propiciam 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 a outros agravos à saúde.

Um dos serviços de grande importância dentro da Vigilância Ambiental é a Vigilância Entomológica que realiza atividades de monitoramento e controle de possíveis vetores artrópodes mais especificamente insetos.

De acordo com GOMES (2002), uma das atribuições da Vigilância Entomológica é identificar o nível de contato entre vetor, agente etiológico e humano. Identificar circunstâncias ambientais que promovam a reprodução de vetores e locais com maiores riscos a transmissão de agentes biológicos que causam doenças. Discutir a Vigilância Entomológica é essencial para o controle da transmissão do vírus Dengue e demais arbovírus.

Por muitas vezes é difícil chegar a uma identificação precoce e um trabalho de prevenção eficaz, ou seja, pela falta de percepção da dimensão da real situação ou pelas ações que sempre são voltadas aos criadouros dos mosquitos, tornando o serviço tão simples e ilusoriamente eficaz. Ainda é esperado que a população tome medidas de prevenção de acordo com o controle mecânico e social dentro do Manejo Integrado de Pragas (MIP).

Sabendo-se que a presença do mosquito *Ae. aegypti* está relacionada com a densidade populacional e aglomeração urbana, isto constitui-se em um grande problema de saúde pública na região metropolitana de São Paulo, que é um dos maiores aglomerados urbanos do mundo (UN WORLD URBANIZATION PROSPECTS, 2014). Segundo IBGE (2010) há quase 12 milhões de residentes para quase quatro milhões de domicílios na cidade de São Paulo, portanto essa região deve receber uma atenção redobrada.

Em tratar-se dos pacientes com transtorno de acumulação, esse controle é mais árduo haja vista que os casos quando chegam ao conhecimento dos serviços de

atendimento, a situação já está tão agravada que o indivíduo se encontra em um sério isolamento social e sem disposição de receber até mesmo uma equipe de saúde (ARAÚJO e SANTOS, 2015). Os sintomas do transtorno são suficientes para impactar negativamente o comportamento social e demais áreas do indivíduo, dificultando a manutenção de um ambiente salubre para si e para as demais pessoas, famílias e vizinhos (ARAÚJO e SANTOS, 2015).

Os objetos acumulados com o tempo se tornam desgastados e caem em desuso, perdendo sua utilidade, os quais são chamados de inservíveis. Os portadores do transtorno de acumulação juntam esses objetos promovendo ambientes insalubres e essa situação pode levar a riscos de saúde pública por causar incômodos e por acarretar o aparecimento de animais sinantrópicos (ALMEIDA e PONTES, 2014).

Existem locais conhecidos pela Prefeitura de São Paulo, com potencial risco para a manutenção de criadouros do mosquito *Ae. aegypti* e assim são chamados de Pontos Estratégicos (PE), onde as atividades de controle vetorial são realizadas periodicamente.

A execução das atividades de Vigilância Entomológica e controle do vetor em geral, é de difícil realização em função de locais inacessíveis aos profissionais da saúde, seja pelo imóvel estar desocupado, abandonado, recusa ou por residirem pessoas acometidas pelo transtorno de acumulação. Para este último grupo, se não existir um vínculo do paciente com os profissionais da saúde e se não houver visitas com certa frequência na residência, no sentido de estabelecimento de vínculo, o desenvolvimento das atividades de vigilância e controle vetorial fica comprometido.

1.2.1 Geoprocessamento, geografia da saúde e análise espacial

A partir dessas problemáticas, é válido utilizar outras metodologias para trabalhar com Vigilância em Saúde, principalmente as relacionadas ao geoprocessamento, que consiste em um conjunto de técnicas que compõem a caracterização de áreas geográficas, identificação da existência e análise da dependência espacial dos fenômenos estudados, assim como a geografia da saúde, que estuda causas sociais, ambientais e condições de saúde dada as relações espaciais de certa população, explicando as causas da distribuição espacial de um evento de saúde (CANELAS et al., 2017).

Um mapeamento de epidemia muito famoso foi feito por John Snow na segunda metade do século XIX, em Londres, onde foi identificada a fonte da transmissão de cólera por meio de mapas marcados com os endereços dos óbitos pela doença (RAMSAY, 2013), porém anteriormente já havia registro de cartografia médica, onde o médico suábio Friedrich Schnurrer, mapeou mundialmente epidemias no século XIX (BROMER, 2000). E no século XVII, aparece o primeiro mapa feito em Bari na Itália para a contenção de epidemia. Além disso, mapas de migrações foram feitos no século XVIII para a identificação de casos de sífilis, febre amarela, cólera entre outras doenças em grandes migrações para o continente americano (JARCHO, 1970).

Nesses períodos, a realização de uma análise mais acurada não era viável por serem utilizados apenas mapas em papel sem modelos estatísticos, somente representativos. Em meados do século XX pesquisadores começaram a identificar a relação ambiente, agente e hospedeiro utilizando a estatística e com o surgimento de computadores, a geografia médica e análise espacial puderam ser notórias (CANELAS et al., 2017).

Com o advento da informática, surgiu o Sistema de Informação Geográfica (SIG), permitindo associar às imagens espaciais dos objetos representados com seus atributos, e

às técnicas de análise espacial para investigação do padrão espacial dos eventos considerados (CÂMARA et al., 2001).

Existem vários softwares que permitem a visualização e análise dos fenômenos espaciais, inclusive softwares gratuitos e de fácil acesso pelos serviços públicos brasileiros. Muitos países já utilizam técnicas de geoprocessamento para avaliação na atenção primária (SALINAS et al., 2018) e alguns setores da saúde no município de São Paulo, já utilizam para fornecer resultados e tomadas de decisões.

2. Objetivo Geral

Avaliar a relação entre os imóveis onde residem pessoas que estão em situação de acumulação e a ocorrência de agravos causados por arbovírus veiculados por *Ae. aegypti* e elaborar um caderno de orientação aos profissionais da área da saúde para a atenção às pessoas com transtorno de acumulação no âmbito da Vigilância Ambiental.

2.1 Objetivos Específicos

A - Caracterizar no tempo e no espaço as pessoas em situação de acumulação de objetos e os Pontos Estratégicos (PE) cadastrados na UVIS de Vila Maria/ Vila Guilherme;

B - Geocodificar e mapear os endereços dos imóveis de pessoas que estão em situação de acumulação e dos Pontos Estratégicos (PE) cadastrados na UVIS de Vila Maria/ Vila Guilherme e caracterizar no tempo e no espaço a positividade para *Ae. aegypti*;

C - Geocodificar e mapear os casos autóctones da região da UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme, a partir dos 1º sintomas, de Dengue e dos demais agravos envolvendo o mosquito *Ae. aegypti* ocorridos no período de agosto de 2013 a julho de 2017, calcular e mapear as respectivas taxas de incidência segundo setores censitários;

D - Investigar a existência de aglomerados de casos de Dengue e de outros agravos em torno dos endereços de pessoas que estão em situação de acumulação e dos Pontos Estratégicos (PE) da região da UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme;

E – Elaborar um caderno de orientação aos profissionais da área da saúde para o atendimento de pessoas com transtorno de acumulação no âmbito da Vigilância Ambiental.

3. Materiais e Métodos

3.1 Caracterização da área de estudo

A área de estudo foi escolhida por se tratar do local de serviço da pesquisadora, compreendida pela Unidade de Vigilância em Saúde Vila Maria/ Vila Guilherme. Nesse caso, a fonte de dados é mais bem viabilizada para a execução da pesquisa. Assim, a área de estudo é uma região situada na zona norte do Município de São Paulo, uma cidade que possui um total de 1.521,11 km² de área, valores referentes ao ano de 2017 (IBGE, 2018a).

De acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) a cidade de São Paulo possui uma população de 11.253.503 habitantes e a densidade demográfica é de 7.398,26 hab./km², estima-se que a população chegue a 12.176.866 no ano de 2018 (IBGE, 2018a). A temperatura média do ar, em graus Celsius, varia de 25,3°C a 14,9°C (SÃO PAULO, 2012) e a latitude é 23°33'20,33228" e longitude é 46°43'49,12319", correspondente ao marco zero da cidade de São Paulo (IBGE, 2018b).

A região do estudo está caracterizada pelos Distritos Administrativos (DA) Vila Maria, Vila Guilherme e Vila Medeiros da Prefeitura Regional de Vila Maria/ Vila Guilherme, pertencentes à UVIS da Vila Maria/ Vila Guilherme, região norte do Município de São Paulo. A abrangência da UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme é constituída por uma área territorial de 26,40 km² e possui 297.713 habitantes em sua totalidade. A densidade demográfica é de 11.277 habitantes/km². (SÃO PAULO, 2016b). O total de setores censitários pertencentes ao distrito de Vila Maria/ Vila Guilherme é de 482 (IBGE, 2010).

Figura 3 - Distritos Administrativos Vila Maria, Vila Guilherme e Vila Medeiros

Tabela 1. Dados demográficos dos distritos pertencentes à Prefeitura Regional de Vila Maria/ Vila Guilherme

Distritos	Área (km ²)	População (2010)	Densidade Demográfica
Vila Guilherme	6,9	54.331	7,874
Vila Maria	11,8	113.463	9,616
Vila Medeiros	7,7	129.919	16,873
TOTAL	26,4	297.713	11,277

Fonte:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/regionais/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758

Figura 4 – Densidade Demográfica Preliminar hab./km² dos Distritos Administrativos da Vila Maria/Vila Guilherme

Fonte: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopseporsetores/?nivel=st>
Acessado em: 25/03/2018

3.2 Populações de estudo

3.2.1 Pessoas em situação de acumulação

Neste estudo, foram consideradas as pessoas que acumulam objetos, cadastradas pela UVIS nos distritos administrativos de Vila Maria, Vila Guilherme e Vila Medeiros. Até junho de 2018 foram identificados 93 casos de pessoas em situação de acumulação, dentre esses, foram considerados todos que estão ativos, se mudaram ou faleceram. Os imóveis das pessoas que se mudaram ou faleceram também são relevantes, uma vez que se caracterizam como locais de risco para proliferação do mosquito *Ae. aegypti* no período do estudo.

3.2.2 Dengue e outros agravos

Foram considerados, neste estudo, os casos autóctones de Dengue e dos demais agravos envolvendo o mosquito *Ae. aegypti* ocorridos no período de agosto de 2013 a julho de 2017. Os agravos são considerados de notificação compulsória e estão definidos na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional descrito na Portaria 204, de 17 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016) que normatiza a aplicação da Lei 6.259, de 30 de outubro de 1975 (BRASIL, 1975). Entre as doenças envolvendo o mosquito *Ae. aegypti* que são de notificação compulsória tem-se as seguintes classificações para notificação: Dengue – casos, Dengue- óbitos, Doença Aguda pelo vírus Zika, Doença Aguda pelo vírus Zika em gestante, Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika, Febre de Chikungunya, Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão, Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya, Febre Amarela e o Vírus Mayaro, que se encaixa na classificação de outras Arboviroses de importância em saúde pública. Esses dois últimos agravos (Febre Amarela e Vírus Mayaro) foram considerados para análise por envolver o mosquito *Ae. aegypti* numa possível transmissão urbana.

3.2.2.1 Fontes do SINAN

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é um sistema nacional onde permite registrar casos de pessoas com suspeita ou com confirmações de doenças e agravos. Tem como objetivo capturar essas informações e disseminar entre a União, estados e municípios. São dados coletados pelos serviços de vigilância epidemiológica e são consolidadas em meios informatizados, auxiliando na busca de epidemias e nas análises de morbidades (BRASIL, 2007).

A notificação nas unidades de saúde ocorre necessariamente em formulário com numeração sequenciada timbrada, onde para cada caso são inseridos o tipo de agravo, unidade notificadora, nome do paciente, nascimento, telefone, endereço entre outras informações pertinentes ao paciente. Posteriormente essas informações são consolidadas nos sistemas informatizados para obtenção no SINAN. Nos casos de arboviroses de notificação compulsória tem-se o Local Provável de Infecção (LPI), mais uma informação relevante para o entendimento do agravo. Com intuito de obter as informações dos casos de Dengue e outras arboviroses foram utilizados três (3) tipos de fontes informatizadas: SINANNET, SINAN ONLINE e banco de dados da própria UVIS com dados originados do SISDENCHIK.

3.2.2.2 SINANNET

O levantamento dos dados no software SINANNET (Versão 5.0.0.0/Patch 5.3.0.0) necessitou de uma senha para logar. Os seguintes critérios de seleção foram utilizados: as denominações A90 – Dengue; A92.0 – Febre de Chikungunya; e A92.8 – Doença aguda pelo vírus Zika. No campo: “Distrito da Residência” foi utilizado Vila Maria e para cada agravo o período pretendido foi dividido em semestres para um melhor levantamento. Entre os demais agravos não constou registro.

3.2.2.3 SINAN ONLINE

No SINAN ONLINE (Versão V-3.0.2) que está disponível na URL <http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf> apenas com acesso por meio de autorização seguiu o mesmo formato de levantamento da fonte anterior, somente houve a inserção de

dados de A90-Dengue e A92-Febre de Chikungunya. Para cada agravo utilizou o período de notificação com data inicial e data final por ano, por mês ou por semestre dependendo da quantidade de dados. No campo “UF – Notificação ou residência” selecionou-se notificação ou residência, pois desejou ter as duas informações inseridas na consulta, no campo “Tipo de Saída”, selecionou-se Lista de notificação, pois foi necessário obter uma lista. No campo “Campo” foi escolha por distrito de residência, no campo “Operador” igual, no campo “UF” São Paulo e no “critério de seleção” foi selecionado Vila Maria, pois estão inseridos os três distritos administrativos da pesquisa.

3.2.2.4 Banco de Dados Próprio

A demanda de notificações do ano de 2015 foi alta, prejudicando a inclusão dos dados no SINAN ONLINE, portanto o software SISDENCHIK foi criado para auxiliar a inserção de dados dos agravos de Dengue e Chikungunya. O banco de dados próprio da UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme foi feito com o intuito de registrar esses novos dados. O programa utilizado na época em questão foi o ACCESS, no entanto foi transformado em EXCEL para uniformizar os dados obtidos em outras plataformas e de outros anos.

3.2.3 Pontos Estratégicos

Os Pontos Estratégicos (PE) são locais identificados como borracharias, ferros-velhos, cemitérios, depósitos de carros apreendidos entre outros e que por conterem e manterem muitos criadouros pelas próprias características se tornam locais com potencial risco para proliferação de *Ae. aegypti*. São visitados quinzenalmente pelos agentes de combate a endemias, agentes de saúde ou agentes de controle de zoonoses (denominação

que varia para cada município) para o necessário tratamento que consiste nas eliminações dos focos e controle químico e/ ou biológico e social. Atualmente no município de São Paulo o controle consiste na aplicação do *Bacillus thurigiensis var. israelensis* (Bti). Estes locais são cadastrados pela Vigilância Ambiental do município de São Paulo, sendo considerados neste estudo os PE cadastrados nos distritos de Vila Maria, Vila Guilherme e Vila Medeiros.

3.3 Fontes de Informação e Variáveis

Os dados sobre os casos de Dengue e outras arboviroses ocorridos em agosto de 2013 a julho de 2017 foram obtidos utilizando-se informações disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e inseridos numa planilha do EXCEL. Para todos os casos em duplicidade, foi utilizada a ferramenta “Remover Duplicatas”.

As informações sobre as pessoas que estão em situação de acumulação de objetos foram obtidas no cadastro que é realizado no âmbito da Vigilância Ambiental da UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme juntamente com a Supervisão Técnica de Saúde Vila Maria/ Vila Guilherme e com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região: UBS Parque Novo Mundo I (Estratégia Saúde da Família), UBS Parque Novo Mundo II (Estratégia Saúde da Família), UBS Jardim Japão, UBS Vila Leonor, UBS Vila Maria Dr. Luiz Paulo Gnecco, UBS Vila Guilherme, UBS Vila Medeiros, UBS Carandiru, UBS Vila Sabrina Dr. Carlos Augusto Autran Pederneiras Lima, UBS Vila Éde, UBS Vila Izolina Mazzei, UBS Jardim Julieta e UBS Jardim Brasil.

Quanto aos PE, as informações necessárias foram obtidas por meio de consulta aos cadastros destes estabelecimentos na UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme.

3.4 Pesquisa

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Ministério da Saúde de nº CAAE 66376017.3.3001.0086 (Versão 2), ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, como instituição coparticipante e CAAE 66376017.3.0000.5421 (Versão 3), ao Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, como instituição proponente.

3.4.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1)

Segundo o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, um dos grupos envolvidos para a realização da pesquisa se caracteriza em um grupo especial, pessoas que estão em situação de acumulação. Levando em consideração o item IV da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012) que trata do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aponta que o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa. Porquanto se fez necessária a aplicação do TCLE, que leve em consideração o direito do voluntário permitir ou não acesso aos dados.

3.5 Análise dos dados

3.5.1 Objetivo A

Foram obtidos a relação dos endereços dos imóveis de pessoas que estão em situação de acumulação e de endereços de PE segundo ano de estudo. Os PE foram caracterizados segundo tipo de atividade e produzidos informações sobre a positividade por *Ae. aegypti*.

3.5.2 Objetivo B

Os endereços das pessoas que estão em situação de acumulação e dos PE foram padronizados utilizando a URL <https://www.easymapmaker.com/pt/> e convertido em arquivo de extensão ".kml". Após estabelecida a padronização, os endereços foram geocodificados e para a execução dos mapas temáticos utilizou-se Sistema de Referência de Coordenadas (SRC) DATUM Sirgas2000 e coordenadas geográficas UTM 23 Sul de código EPSG 31983, os quais foram realizados no programa QGIS 2.14.21 - Essen.

3.5.3 Objetivo C

Os endereços dos casos de Dengue e demais agravos autóctones ocorridos no período de agosto de 2013 a julho de 2017 foram padronizados utilizando o Padronizador de Endereços da Prefeitura de São Paulo e geocodificados igualmente ao que foi preconizado para os acumuladores e PE. As ocorrências dos agravos considerados foram agregadas segundo setores censitários da área de estudo com cálculo das respectivas taxas de incidência por ano (com base na data de início de sintomas), as quais os mapas temáticos foram executados utilizando-se o Sistema de Referência de Coordenadas (SRC) DATUM

Sirgas2000 e coordenadas geográficas UTM 23 Sul de código EPSG 31983, os quais foram realizados no programa QGIS 2.14.21 – Essen.

E as taxas de incidência de Dengue dos setores censitários foram calculados com base em 476 setores invés de 482 (IBGE, 2010), pois dois (2) setores censitários são inabitados: um (1) setor censitário da Vila Guilherme e um (1) da Vila Maria. Quatro setores censitários, com pequeno número de habitantes, foram agregados a setores com maior quantidade de pessoas. Deste modo, foram trabalhados neste estudo 476 setores censitários. Quanto à população, foram utilizadas as estimativas populacionais dos anos de 2013 a 2017, não foi considerado sexo nem foi aplicada a padronização para incidência.

3.5.5 Objetivo D

Nesse estudo foram utilizadas as estatísticas espaciais chamadas de indicadores Gi^* (estrela) e Gi (GETIS e ORD, 1992), que investiga as associações espaciais locais por meio de matriz de vizinhança (somatória de valores vizinhos) e neste estudo serviu para investigar a existência de aglomerados de casos de Dengue e de outros agravos em torno dos endereços de pessoas que estão em situação de acumulação e PE, onde:

$$Gi = \sum_j w_{ij}(d) x_j / \sum_j x_j \text{ para } i \neq j$$

$$Gi^* = \sum_j w_{ij}(d) x_j / \sum_j x_j \text{ para } i = j$$

x_j é o valor observado na localidade j

i e j são os locais

W_{ij} é a matriz binária e simétrica que define a vizinhança entre as áreas i e j

$W_{ij}(d)$ são os elementos da matriz de contiguidade para a distância d

A única diferença entre esses dois indicadores é que no G_i^* o valor do polígono de referência é incluído no cálculo. Para uma distribuição normal, é construído intervalos de confiança representado por Z_i , onde:

$$Z_i = \{G_i(d) - E[G_i(d)]\} / (\text{var}G_i(d))^{1/2}$$

$G_i(d)$ mede a concentração do valor observado na localidade i

var significa variância

Nestas análises foram considerados os períodos de agosto de um ano até julho do ano seguinte. As taxas de incidência foram calculadas em cada setor censitário do território da Prefeitura Regional Vila Maria/ Vila Guilherme. Foi feita a somatória das ocorrências dos agravos divididos pela população total estimado, ambos do ano correspondente e multiplicados por 100.000 habitantes. As taxas de incidência anuais para os agravos considerados segundo setores censitários da área de estudo foram alocadas aos centroides destes setores.

Uma vez de posse das coordenadas dos imóveis das pessoas que estão em situação de acumulação, dos PE e dos centroides dos setores, aplicou-se somente a estatística G_i , que considerou os valores de incidência entre os pontos considerados focos (PE e pessoas

que estão em situação de acumulação) e os centroides dos setores de modo a cobrir toda a área de estudo, utilizando-se de intervalos de distância até 500m (MACIEL-DE-FREITAS e LOURENÇO-DE-OLIVEIRA, 2009).

Foram produzidos mapas temáticos com apresentação dos aglomerados encontrados mostrando as distâncias nas quais as estatísticas *Gi* obtidas se mostraram estatisticamente significantes.

3.5.3 Objetivo E

O caderno foi elaborado com a proposta de ser dirigida aos profissionais de saúde consolidando a estruturação do atendimento às pessoas em situação de acumulação existente até o presente momento. Propondo suportes aos problemas que concernem à saúde pública e ao controle de *Ae. aegypti* e outros sinantrópicos.

4. Resultados

4.1 Objetivo A

Na UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme para o período de agosto de 2013 a julho de 2017 foram levantados um total de noventa e quatro (94) PE, formados por borracharia, oficina mecânica, ferros-velhos, indústrias, depósitos, pátio de carro, garagem de caçambas de caminhões, reciclagem, funerária, Ecopontos, desmanche, armazéns e transportadoras (Tabela 2).

Tabela 2. Relação de Pontos Estratégicos da UVIS Vila/ Vila Guilherme de agosto de 2013 a julho de 2017

Tipo/ Distrito administrativo	Vila Maria	Vila Medeiros	Vila Guilherme	Total
Armazém	4	0	0	4
Borracharia	3	0	4	7
Depósito de Materiais e Construção	1	0	0	1
Desmanche	0	2	1	3
Ecoponto	1	1	1	3
Ferro Velho	13	17	7	37
Funerária	0	0	1	1
Garagem de caçambas de Caminhões	0	1	0	1
Indústria	4	2	2	8
Oficina Mecânica	4	0	2	6
Pátio de Carros	5	0	3	8
Reciclagem	4	5	1	10
Transportadora	1	1	0	2
Unidade de depósito	0	0	3	3
Total	40	29	25	94

Fonte: UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme

Todos os PE estiveram ativos no período desse estudo.

Foram contabilizadas todas as visitas realizadas em cada PE e todos os encontros de larvas dentro do período de estudo. No DA Vila Maria, um Depósito de Materiais de Construção teve mais de um terço das visitas com a presença de larvas equivalente a 36,36%, seguido da Indústria ainda no mesmo DA com 33,33%. A menor positividade ocorreu no DA Vila Guilherme em uma Unidade de Depósito com 2,56% de positividade.

Na tabela a seguir os PE estão divididos por DA, 21 PE tiveram encontro de larvas e 73 PE tiveram 0% de positividade para larvas:

Tabela 3. Relação de Pontos Estratégicos e Positividade para Larvas - UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme de agosto de 2013 a julho de 2017

DA	PE
Vila Guilherme	4
Vila Maria	11
Vila Medeiros	6
Nenhuma positividade	73
Total	94

Fonte: UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme

No arquivo de acompanhamento de pessoas que estão em situação de acumulação foi contabilizado um total de noventa e três (93) imóveis cadastrados na UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme, porém desses imóveis foram encontrados como desocupado, endereços inexistentes e até mesmo casos sociais, mas que não se tratavam de imóveis de pacientes com transtorno de acumulação. Segue abaixo o levantamento dos cadastros que foram utilizados nesse estudo:

Tabela 4. Resultado da captação das assinaturas dos TCLE da UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme

Situação	Total	%
Utilizado para pesquisa	78	83.9
Negaram assinatura/ visita	4	4.3
Não é caso de acumulação	4	4.3
Endereço não existe	4	4.3
Desocupado	1	1.1
Acumulação de animais (apenas)	1	1,1
Sem endereço para visita	1	1.1
Total	93	100

Fonte: UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme e UBS Parque Novo Mundo I e II

Dos imóveis utilizados para a pesquisa, além dos pacientes que assinaram, os imóveis de pacientes que se mudaram ou faleceram, também foram inseridos, uma vez que esses imóveis foram relevantes para o período analisado e não havia mais a possibilidade de entrar em contato com os indivíduos. Os endereços que ainda continuam ativos, os responsáveis pelo paciente ou o próprio paciente (pessoa que está em situação de acumulação) assinaram. Todos os imóveis estiveram ativos no período do estudo.

Dos 15 endereços não analisados: dois endereços em que as pessoas não atenderam a visita dos profissionais, acumulam objetos, dois que recusaram a assinatura do TCLE, acumulam animais e objetos e um paciente faz acumulação de apenas animais. Dessa somatória, 78 imóveis analisados mais 5 pacientes que se sabe o tipo de acumulação (83 pacientes no total), um paciente acumula apenas animais, 69 acumulam apenas objetos e 13 acumulam ambos, 1,2%, 83,1% e 15,7% respectivamente.

4.2 Objetivo B

Existe um endereço pertencente ao DA Jaçanã visível fora do mapa dos distritos administrativos da UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme, porém ainda segue em discussão se o acompanhamento continuará sendo feito pela UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme ou UVIS Jaçanã/ Tremembé. A entrada do outro imóvel geocodificado se dá pelo DA Vila Medeiros, apesar de se situar no limite de abrangência, pertence à UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme.

4.3 Objetivo C

Foram levantados um total de 10.407 casos suspeitos de Dengue, sendo divididos em descartados, importados, autóctones, inconclusivos e outros que não se enquadravam em nenhuma divisão por não apresentar o resultado na investigação, esses foram enquadrados em indeterminados. Constaram casos reagentes para Dengue sem a conclusão do LPI, portanto não foram inseridos na análise espacial por não ter a definição de caso, se é importado ou autóctone. Casos que não foram encerrados a tempo, o próprio sistema encerrou sem resultado adequado. Para Chikungunya constou um total de 198 casos suspeitos e de Zika 19 casos suspeitos, para os demais agravos não houve notificação para o período levantado (Tabela 5).

Tabela 5. Levantamento dos casos suspeitos de arboviroses entre agosto de 2013 a julho de 2017 da UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme

Definição/ Agravo	Dengue	Chikungunya	Zika	Febre Amarela	Mayaro	Total
Autóctones	3112	5	0	0	0	3117
Descartados	5513	150	5	0	0	5668
Importados	31	13	0	0	0	44
Inconclusivos	1361	0	0	0	0	1361
Indeterminados	307	20	0	0	0	327
Reagentes sem LPI	81	0	0	0	0	81
Encerrados pelo sistema	2	10	14	0	0	26
Total	10407	198	19	0	0	10624

Fonte: SINANNET, SINAN ONLINE, Banco de Dados Próprio (SISDENCHIK)

Entre agosto de 2013 a julho de 2017 tiveram apenas a ocorrência de agravos autóctones para Dengue e Chikungunya. Para Chikungunya não foi preciso fazer um filtro pois todas as notificações estavam completas, porém para o levantamento de casos de Dengue autóctone foi necessário fazer um filtro: excluiu-se SINAN que continha apenas morador de rua (sem endereço), notificações sem data de 1º sintomas, casos com endereços incompletos e casos com endereços impossíveis de serem corrigidos pela padronização por não serem encontrados ou por estarem digitados incorretamente (tabela 6).

Tabela 6. Comparação de dados de Dengue do período entre agosto de 2013 a julho de 2017 da UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme utilizados para geocodificação.

Dengue	Total
Autóctone sem filtro	3112
Autóctone com filtro	3092

Fonte: UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme

Após obter o levantamento de casos autóctones de Dengue com filtro, obteve-se o gráfico (Figura 5):

Figura 5 - Casos autóctones (com filtro) de Dengue do período de agosto de 2013 a julho de 2017 da UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme.

Fonte: UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme

As taxas de incidência foram calculadas com base nos 476 setores censitários, seguem os mapas temáticos com as respectivas taxas (Figuras 6, 7, 8 e 9):

Figura 6 - Taxa de incidência de arboviroses segundo setor censitário de agosto de 2013 a julho de 2014.

Figura 7 - Taxa de incidência de arboviroses segundo setor censitário de agosto de 2014 a julho de 2015.

Figura 8 - Taxa de incidência de arboviroses segundo setor censitário de agosto de 2015 a julho de 2016.

Figura 9 - Taxa de incidência de arboviroses segundo setor censitário de agosto de 2016 a julho de 2017.

4.4 Objetivo D

O valor de Z_i nesse estudo foi $Z_i=3.28$, $<p=0,05$. Os dados foram analisados no programa RStudio (V 3.4.3) e os seguintes mapas temáticos foram gerados no software QGIS 2.14.21 Essen.

Apenas 4 PE estiveram envolvidos na correlação das arboviroses, pertencentes ao DA Vila Medeiros, 3 ferros velhos e 1 desmanche, com taxa de positividade 0%, pois não houve encontro de larvas nas visitas de tratamento realizadas entre agosto de 2013 a julho de 2017. E no total de 6 imóveis de pessoas que estão em situação de acumulação são pertencentes ao DA Vila Medeiros e constituem de espaços abertos como quintais com acumulação de inservíveis (Tabela7).

Tabela 7 – Correlação dos centroides dos Pontos Estratégicos e pessoas que estão em situação de acumulação com a taxa de incidência de arboviroses da UVIS Vila Maria/Vila Guilherme de agosto de 2013 a julho de 2017.

Centroide	100m	200m	300m	400m	500m*
Situação de acumulação	0	3	4	4	6
Pontos Estratégicos	0	3	3	4	4

*Análise do raio de intervalos de até 500m

As taxas de incidência e áreas de aglomeração estão representadas nas Figuras 10 e 11, as correlações dos centroides dos imóveis de pessoas em situação de acumulação e dos Pontos Estratégicos estão evidenciadas nos mapas, respectivamente:

Figura 10 – Uso dos indicadores G_i e correlação de imóveis de pessoas que estão em situação de acumulação no raio de 500m

Figura 11 – Uso dos indicadores *Gi* e correlação de Pontos Estratégicos no raio de 500m

4.5 Objetivo E

O caderno de título: “Caderno de Orientação aos Profissionais da Área da Saúde do Município de São Paulo: Transtorno de Acumulação no Âmbito da Vigilância em Saúde.” foi escrito sem levar em conta os resultados da análise, porém serviu para propor um fluxo onde visa uma melhora na articulação entre a rede de atendimento às pessoas que estão em situação de acumulação, isso é, entre Unidades de Vigilância em Saúde, Unidades Básicas de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde, promovendo uma boa interação entre as secretarias que podem estar envolvidas em cada caso. Foi proposta a inclusão de imóveis de pessoas que estão em situação de acumulação como Pontos Estratégicos e foram consolidados documentos referentes à atenção de pessoas que estão em situação de acumulação no município de São Paulo. Além disso, é uma ferramenta que pode intensificar os trabalhos já desenvolvidos aos pacientes com transtorno de acumulação e/ou pessoas que estão em situação de acumulação com foco em saúde pública.

SAMANTA GOUVEIA PARISI

*CADERNO DE ORIENTAÇÃO AOS PROFISSIONAIS
DA ÁREA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO
PAULO:
TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO NO ÂMBITO DA
VIGILÂNCIA EM SAÚDE*

SÃO PAULO,
2018

Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

Programa Mestrado Profissional em Entomologia em Saúde Pública

Coordenação

Secretaria Municipal de São Paulo

Coordenadoria de Vigilância em Saúde

Coordenadoria Regional de Saúde Norte

Supervisão Técnica de Saúde Vila Maria/ Vila Guilherme

Unidade de Vigilância em Saúde Vila Maria/ Vila Guilherme

ELABORAÇÃO

Redação

Samanta Gouveia Parisi – Bióloga e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Entomologia em Saúde Pública – FSP - USP

Selma Aparecida da Silva - Bióloga da UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme

Revisão

Adriana Maria Lopes Vieira – Médica Veterinária do Instituto Pasteur

Luciene Marques Lupatelli – Assistente Social da Supervisão Técnica de Saúde Vila Maria/ Vila Guilherme

Regina Maria Faria Gomes – Psicóloga da Prefeitura Regional da Vila Maria/ Vila Guilherme

Susana Barbosa da Silva – Assistente Social da UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme

Orientação

Francisco Chiaravalloti Neto

Edição Gráfica

Samanta Gouveia Parisi

Selma Aparecida da Silva

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Parisi, Samanta

CADERNO DE ORIENTAÇÃO AOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO : TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO NO
ÂMBITO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE / Samanta Parisi; orientador
Francisco Chiaravalloti Neto. -- São Paulo, 2018.
63 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, 2018.

1. Saúde Pública. 2. Transtorno de Acumulação . 3.
Vigilância em Saúde. I. Chiaravalloti Neto, Francisco,
orient. II. Título.

*"É bom sonhar, mas é melhor sonhar e trabalhar. A fé é poderosa, mas a
ação com fé é mais poderosa."*

(Thomas Gaines)

*"Há muros que só a paciência derruba. E há pontes que só o carinho
constrói."*

(Cora Coralina)

Sumário

<i>Apresentação</i>	<i>6</i>
<i>O que é transtorno de acumulação?</i>	<i>7</i>
<i>Quais os impactos para a saúde pública?</i>	<i>11</i>
<i>Como o serviço está estruturado?</i>	<i>12</i>
<i>Formação do CRASA</i>	<i>16</i>
<i>Quais obstáculos para a resolução dos casos?</i>	<i>26</i>
<i>Propostas</i>	<i>27</i>
<i>Sugestões para maior resolubilidade dos casos.....</i>	<i>39</i>
<i>Ponto Estratégico, por que não?</i>	<i>40</i>
<i>Considerações finais</i>	<i>41</i>
<i>Referências</i>	<i>42</i>
<i>Anexos.....</i>	<i>45</i>
<i>Contatos em caso de dúvidas.....</i>	<i>63</i>

Apresentação

Transtorno de Acumulação se caracteriza basicamente em acumular objetos, materiais e/ ou animais sem cuidados significativos, sem uma delimitação e organização comprometendo a vida dos animais, indivíduos, da família, vizinhos e de outras pessoas no entorno.

O conhecimento da situação de acumulação pode surgir por meio de várias fontes, em grande número pelas denúncias (SP156, Ouvidoria) feitas aos órgãos de vigilância em saúde do município, pelas vistorias de agentes de campo, por solicitações feitas diretamente às unidades básicas de saúde, por vistorias realizadas pela Divisão de Vigilância de Zoonoses (antigo nome de Centro de Controle de Zoonoses) e/ ou outros órgãos públicos, Ministério Público, por exemplo.

Diante de situações que nos levem a pensar em Transtorno de Acumulação, devem-se realizar visitas domiciliares para o levantamento de mais detalhes e averiguação mais acurada da situação. Outras vistorias deverão ocorrer a fim de que possa ser criado um vínculo com a pessoa que está em situação de acumulação.

Este caderno foi elaborado com base nas experiências dos serviços de Vigilância em Saúde do Município de São Paulo e tem como objetivo dar subsídio aos profissionais da área da saúde para uma melhor tomada de decisões e enfrentamento das situações referentes à acumulação compulsiva.

O que é transtorno de acumulação?

Transtorno de Acumulação é caracterizado pela aquisição de objetos (tudo aquilo que é manipulável ou manufaturável), por meio de compra ou coleta, em vários tipos de ambiente, de forma compulsiva (silogomania) e desordenada (ALMEIDA e PONTES, 2014), diferente de colecionismo, em que o acúmulo ocorre de forma delimitada e organizada. Encontram-se também descrições em algumas literaturas como Síndrome de Diógenes que faz referência ao filósofo grego de Sínope, adepto à escola filosófica cinismo, o qual faz alusão à autossuficiência e opostamente ao desapego de bens materiais; (COONEY & HAMID, 1995) ou pelo acúmulo de animais, chamado de Síndrome de Noé.

A pessoa acometida pelo transtorno ou que está em situação de acumulação tem grande dificuldade em dispor desses objetos (disposofobia) e/ou animais. Outrossim, a falta de consciência de que existe um problema ou a ilusão de que seu comportamento não é um problema, o leva ao isolamento, sentindo-se desconfortável com visitas em suas residências (APA, 2013). Esse acúmulo de objetos dispostos de maneira desordenada faz o ambiente se tornar sujo, insalubre, intransitável e perigoso (ALMEIDA e PONTES, 2014), tanto dentro de casa quanto nas áreas externas, quintais e até porções da calçada, local público (Figura1). Na visão do paciente os inservíveis não são resíduos e descartáveis, são bens essenciais para a vida (FAZZIO, 2015).

Figura 1. Fachada de um imóvel pertencente à uma pessoa em situação de acumulação

Existem alguns fatores utilizados para o diagnóstico do transtorno segundo Ballone (2013):

- Recolher e acumular excessivamente bens e objetos que a maioria das pessoas joga fora, tais como sucatas ou lixo, embalagens, jornais velhos etc., e amontoá-los em pilhas;*
- Incapacidade ou grande dificuldade, angústia e indecisão ansiosa, associadas às tentativas e às solicitações para descartar os objetos acumulados;*

- *Viver em condições precárias de salubridade e em desorganização por conta do acúmulo excessivo de bens e objetos, além de não permitir que alguém arrume ou limpe tal desorganização;*
- *Desvirtuar o espaço da casa de sua real finalidade a qual se destina (cozinha para cozinhar, banheiro para tomar banho, quarto para dormir etc.) para ocupá-los com os objetos acumulados;*
- *Em alguns casos, ter muitos animais de estimação e não cuidar deles da melhor maneira;*
- *Negar que seja exagerado o acúmulo compulsivo, ter vergonha e constrangimento deste hábito e, mesmo assim, não conseguir controlar o impulso;*
- *Os sintomas causam sofrimento significativo ou prejuízo em áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes de funcionamento da pessoa.*

E os critérios para o diagnóstico, contidos no DSM-5, são:

- *Dificuldade persistente de descartar ou de se desfazer de pertences, independentemente do seu valor real;*
- *Esta dificuldade se deve a uma necessidade percebida de guardar os itens e ao sofrimento associado a descartá-los;*
- *A dificuldade de descartar os pertences resulta na acumulação de itens que congestionam e obstruem as áreas em uso e compromete substancialmente o uso pretendido;*
- *Se as áreas de estar não estão obstruídas, é somente devido a intervenções de outras pessoas (p. ex., membros da família, funcionários de limpeza, autoridades);*

- *A acumulação causa sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (incluindo a manutenção de um ambiente seguro para si e para os outros);*
- *A acumulação não é devida à outra condição médica (p. ex., lesão cerebral, doença cerebrovascular, síndrome de Prader-Willi);*
- *A acumulação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental (p. ex., obsessões no transtorno obsessivo-compulsivo, energia reduzida no transtorno depressivo maior, delírios na esquizofrenia ou outro transtorno psicótico, déficits cognitivos no transtorno neurocognitivo maior, interesses restritos no transtorno do espectro autista).*

Existem trabalhos associando o tratamento pela Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e a medicação adequada, entretanto Ballone (2013) considera que os pacientes com transtorno de acumulação e os portadores de TOC com característica de colecionar são os indivíduos que tem menos sucesso à TCC e medicamentos, principalmente quando têm o transtorno seguido de insight pobre ou ausente. Na psicologia, insight é uma visão interna que cada indivíduo possui com capacidade de se auto julgar, quando o insight é pobre ou não há, significa que o indivíduo tem pouca ou não tem capacidade de se enxergar mentalmente e não consegue discernir e julgar algum transtorno ou desordem em si (FONTENELLE et al., 2010).

Uma vez que estes indivíduos têm apego e afeto aos objetos, o descarte de seus pertences é uma medida totalmente radical, portanto jogá-los fora tornaria o indivíduo desamparado e inseguro. Acredita-se que a psicoterapia in loco possa ser a mais aceitável para a solução do problema (LIMA, 2011).

O transtorno fica mais aparente quando há um acontecimento impactante na vida do acometido, seja a morte de um ente querido, parente, a perda de um emprego, mudança de residência, mudança socioeconômica, entre outros. A

doença tem uma progressão lenta, portanto é diagnosticada em idades avançadas, diante disso é chamada de doença senil, mas não exclui o fato de jovens e adultos mais jovens serem acometidos pelo transtorno (BERLYNE, 1975).

Foram encontradas associações ao uso de álcool e outras drogas, insegurança por invasões à moradia/residência, experiências traumáticas relacionadas a mortes ou separação dos pais, abuso sexual, traços de transtorno de personalidade, de transtorno obsessivo-compulsivo e a presença de psicopatologia dos pais (TOLIN et al., 2012). A ansiedade excessiva, depressão, fobia social e tristeza foram características em comum encontradas nos acometidos pelo transtorno (SAMUELS et al., 2008; TOLIN et al., 2012).

Quais os impactos para a saúde pública?

O acúmulo de animais, de objetos e de outros materiais inservíveis pode proporcionar a ocorrência de agravos, emissão de odores fétidos, infestação por animais sinantrópicos nocivos, dentre outros problemas, o que acarreta o comprometimento do bem-estar e necessidades básicas dos próprios indivíduos com o transtorno de acumulação.

Não raro, os moradores do entorno, com o propósito de tentar melhorar a sua própria habitação e as condições de saúde e de habitação do paciente, assumem atitudes que podem envolver esses indivíduos com transtorno de acumulação em problemas judiciais (ARAUJO e SANTOS, 2015). Assim, subentende-se que o transtorno de acumulação é uma psicopatologia com reflexos importantes nas questões de saúde pública, pois pode ter como consequências o aparecimento de zoonoses, proliferação de animais sinantrópicos nocivos, agravos e acidentes, como incêndios e até mesmo soterramentos e desabamentos, expondo constantemente a vida do próprio paciente, dos outros moradores e vizinhos, a riscos (TOLIN et al., 2012; ALMEIDA e PONTES, 2014; ARAUJO e SANTOS, 2015).

De acordo com a Lei Municipal 13.131/01, o número máximo de animais permitidos por residência, entre cães e gatos é dez (10), quando essa quantidade ultrapassa o legalmente permitido caracteriza-se como número excessivo. Sem as condições adequadas de criação, cuidados e higiene, essa situação, além de contribuir para odores desagradáveis e surgimentos de animais sinantrópicos nocivos, como moscas, baratas e ratos - devido à presença de fezes, urina e alimentos espalhados - pode contribuir para que animais se tornem agressivos, levando às notificações por agressão que inclui mordeduras e arranhaduras.

Como o serviço está estruturado?

A partir de setembro de 2017 houve uma reorganização na denominação e estrutura organizacional da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) do Município de São Paulo. A SMS é o órgão responsável pela direção do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de São Paulo e têm-se: a Coordenadoria de Atenção à Saúde (CS), a Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA), as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e Coordenadoria de Saúde e Proteção ao Animal Doméstico (COSAP) como unidades específicas de importância para o atendimento às pessoas em situação de acumulação no âmbito da Vigilância em Saúde, além das demais divisões ligadas ao SUS.

A COVISA, por sua vez, também possui divisões de relevância para questão exposta nesse caderno: Divisão de Vigilância Epidemiológica, Divisão de Vigilância de Zoonoses, Divisão de Vigilância em Saúde Ambiental e Divisão de Informação em Vigilância em Saúde. Já as Coordenadorias Regionais em Saúde (CRS) estão divididas em: Centro, Leste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul sendo integradas pelas Divisão de Atenção à Saúde, Divisão de Regulação, Divisão de Informação, Divisão Regional de Vigilância em Saúde, Divisão de Administração e Finanças, Divisão de Gestão de Pessoas, Divisão de Parceiras e Contratação de Serviços de Saúde, Supervisão Técnica de Saúde (STS), este último iria ser alterado para Distrito de Saúde, porém continua com a mesma nomenclatura, com seus respectivos

Estabelecimentos, Unidades, Serviços de Saúde e Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS). A Cidade de São Paulo conta com 27 UVIS. (SÃO PAULO, 2017).

Cada Supervisão Técnica de Saúde (STS) está situada em uma Prefeitura Regional (nomenclatura anterior Subprefeitura) e conta com uma UVIS correspondente, além da quantidade de Unidades Básicas de Saúde (UBS) proporcional ao território e população (área de abrangência). As UBS e UVIS são supervisionadas e monitoradas pelas STS da sua respectiva Prefeitura Regional, e pertencem ao mesmo nível hierárquico.

Frente aos obstáculos enfrentados para a atenção às pessoas em situação de acumulação, em outubro de 2014 foi realizado o 1º Seminário sobre Acumulação Compulsiva: “Desconstruindo Preconceitos e Construindo Políticas Públicas”, originado a partir de reuniões mensais realizadas pela Supervisão Técnica de Saúde da Vila Maria/ Vila Guilherme com objetivo de articular todos os envolvidos na questão, mesmo que de outras Prefeituras Regionais, por meio do Fórum Diálogo-Ação. Posteriormente, instituiu-se o Inquérito Civil nº 1415/14 – MP/SP (Apuração da Política Pública de Tratamento para Portadores de Transtorno de Acumulação) e a Portaria Municipal nº 1.575, de 19 de outubro de 2015 que estabeleceu o Comitê Intersectorial de Atenção Integral às Pessoas em situação de Acumulação, com a atribuição de formular e acompanhar a implantação da Política de Atendimento às pessoas com Transtorno de Acumulação e outros casos em que seja observada a acumulação de objetos e animais, com potencial risco à saúde individual e coletiva.

Em 2016 foi instituída a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação por meio Decreto 57.570/16 (São Paulo, 2016) (Anexo 1).

Foi criado o Comitê Intersecretarial de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação, vinculado à Secretaria Municipal da Saúde, responsável por acompanhar, avaliar e identificar as dificuldades na implementação da Política

Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação, composto por representantes dos seguintes órgãos municipais: três representantes da Secretaria Municipal da Saúde (um da Coordenadoria de Vigilância em Saúde, outro da Coordenadoria da Atenção Básica e o terceiro da Saúde Mental), um representante da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, um da Secretaria Municipal de Coordenação das Prefeituras Regionais, um da Secretaria Municipal do Verde e do Meio Ambiente, um da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania e por fim, um da Autoridade Municipal de Limpeza Urbana. (AMLURB).

Portanto atenção integral às pessoas em situação de acumulação é intersetorial e resulta num trabalho em conjunto com vários órgãos e secretarias como mostra a figura 2.

Figura 2. Atenção integral às pessoas que estão em situação de acumulação.

Fonte: Abordagem Psicossocial – Psicóloga Sueli Cândido Maciel

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Apresentacao%20OCRASA%2008-11-2017%20-%20Sueli%20Candida%20Maciel.pdf>

Acessado em 25/03/2018

Formação do CRASA

CRASA é o acrônimo de Comitê Regional de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação, sua criação em cada Prefeitura Regional está prevista no artigo 6º do Decreto 57.570/16 (São Paulo, 2016) (Anexo 1), também objetiva dar andamento a resolubilidade dos casos de transtorno de acumulação no âmbito da Prefeitura Regional e deve ser composto por:

- Um representante do Distrito de Saúde (Supervisão Técnica de Saúde), da Coordenadoria Regional de Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde;***
- Um representante da área de Saúde Mental, do Distrito de Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde,***
- Um representante da Unidade de Vigilância em Saúde, do Distrito de Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde;***
- Um representante da Supervisão de Assistência Social, da Secretaria Municipal de Assistência Social;***
- Um representante da Prefeitura Regional.***

A Supervisão Técnica de Saúde tem a responsabilidade de nomear os titulares e suplentes do CRASA e publicizar a composição do comitê. As reuniões do CRASA também têm a finalidade de acompanhar e avaliar os casos e devem ocorrer pelo menos uma vez por mês.

Se houver a necessidade de alteração de algum componente do comitê, seja titular ou suplente, o responsável pelo órgão deverá indicar ao coordenador do CRASA (Supervisor Técnico de Saúde) o nome e RF do novo integrante indicado.

Caberá ao coordenador do CRASA (Supervisor Técnico de Saúde), encaminhar à COVISA/SMS a solicitação de alteração do(s) integrantes(s) do CRASA.

Esse encaminhamento pode ser feito por Ofício à Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA) destinado à Cristiane Mota de Faria, situada à Rua Santa Isabel, nº 181 - Vila Buarque ou por e-mail: smcovisa@prefeitura.sp.gov.br. A COVISA encaminha minuta de Portaria com novas designações para o Secretário Municipal de Saúde.

Fluxo de Atendimento à Pessoa em Situação de Acumulação

Fonte: Fluxograma - Previsto pelo Decreto 57.570/2016

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Fluxo%20de%20Atendimento%20Pessoa%20em%20Situacao%20de%20Acumulacao%20conforme%20Decreto%2057570_16.pdf

Acessado em: 19/02/2018

Fluxograma detalhado de atendimento à pessoa em situação de acumulação.

SIGLAS

AMLURB - Autoridade Municipal de Limpeza Urbana

CRASA - Comitê Regional de Atenção às Pessoas em Situação de Acumulação

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

STS - Supervisão Técnica de Saúde

UVIS - Unidade de Vigilância em Saúde

Fluxograma Adaptado - Previsto pelo Decreto 57.570/2016

Quais obstáculos para a resolução dos casos?

1. Cuidado descontínuo

Considerando que pessoas em situação de acumulação têm uma certa resistência em se desfazer dos objetos e/ou animais e que essa decisão envolve muito sofrimento, conseqüentemente há demora na resolução mais efetiva. Remover simplesmente esses objetos e/ou uma possível doação dos animais, não significa que finalizou o problema, mas que faz parte de um processo terapêutico e contínuo. Esse processo tenta evitar que posteriores acumulações possam ocorrer, portanto, ações que se iniciam sem uma contínua estratégia resultam em fracasso. A rede de atenção à pessoa que está em situação de acumulação, se não for bem articulada, e as ações não forem discutidas continuamente com o comprometimento de todos os envolvidos, cada um com sua responsabilidade, a acumulação compulsiva será sempre uma questão sem resolução.

2. Sobreposição de ações

Sobreposição de ações, por parte dos setores envolvidos, pode ocorrer quando estes não comunicam adequadamente, podendo acarretar várias visitas, sem estratégia pertinente e que podem implicar na quebra do vínculo com a pessoa que está em situação de acumulação.

3. Violação de domicílio

A entrada forçada em um imóvel sem o consentimento do morador é crime e está previsto no Código Penal Brasileiro, sendo possível apenas mediante ao mandado judicial, no entanto para que isso seja possível são demandados vários processos e tempo. Ou seja, esperar uma ação judicial para que se alcance uma

ação exitosa novamente resultaria em uma situação fracassada. O desejável é que exista um vínculo entre o profissional de saúde e a pessoa que está em situação de acumulação, para que essa entrada consentida seja possível e ações pertinentes sejam executadas.

Propostas

Pessoas que estão em situação de acumulação poderiam ser consideradas como vítimas de violência ou estar em situação de vulnerabilidade/ negligência, desta forma, foi proposto pela Supervisão Técnica de Saúde (STS) Vila Maria/ Vila Guilherme a notificação do caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), considerando: “VIOÊNCIA INTERPESSOAL/ AUTOPROVOCADA” código Y09. (Anexos 2 e 3).

Pela descrição da DEFINIÇÃO DE CASO da própria ficha, os casos também podem se enquadrar em alguns itens: violência doméstica/ intrafamiliar, sexual, autoprovocada e violência extrafamiliar/ comunitária.

*De acordo com o Instrutivo Para Preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada (BRASIL, 2015) o complemento do item 56 - Tipo de Violência (Anexo 3), é primordial para a correta notificação do caso de violência, portanto a STS Vila Maria/ Vila Guilherme sugeriu que nesse item poderia ser apontada apenas uma característica mais evidente da situação para que não haja sobreposição de dados, **mas optou-se por marcar o campo “outros” e descrever acumulação.***

E quanto à entrada do caso nas Unidades de Vigilância em Saúde? Como essa comunicação entre as Unidades Básicas de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde deve ser estabelecida?

Figura 3. Esquema de fluxo entre UBS, UVIS E STS

Fluxograma adaptado por SG PARISI, 2018.

Considerando que cada Prefeitura Regional do Município da Cidade de São Paulo no âmbito da saúde conta com uma Supervisão Técnica de Saúde (STS), uma Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) correspondentes à sua área de abrangência, sendo as UBS e UVIS supervisionadas e monitoradas pelas STS correspondentes e pertencentes ao mesmo nível hierárquico, portanto é válido ressaltar o fluxo a seguir como o que proporcionaria uma dinâmica mais adequada entre os três elementos (Figura 3):

Quando um caso de transtorno de acumulação é detectado pela UBS ou pela UVIS, prontamente estas devem entrar em contato com a STS.

Se a UVIS identificou uma situação de acumulação, o agente de campo deve preencher adequadamente a ficha socioambiental (Anexo 4), ferramenta para auxiliar e organizar os casos de transtorno de acumulação, porém podem entrar casos pelo SP156, denúncias, ouvidorias, Centro de Referência Especializada em

*Assistência Social (CREAS), Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), pela Autoridade Municipal de Limpeza Urbana (AMLURB), entre outras secretarias e órgãos. Se em alguma dessas fontes a UVIS acabou sendo informada, esta deve comunicar o caso à STS, lembrando que cada UVIS determinará o(os) responsável(eis) pelo envio dos casos. Esse(s) responsável(eis) enviará(ão) **(via e-mail institucional)** um relatório com a descrição das informações levantadas para STS (se caso for atualização de um caso já conhecido, porém muito tempo sem visita, encaminhar também para a Gerência da UBS correspondente à área de abrangência) **(via e-mail estabelecido entre as partes)**, podendo ser feita uma busca da UBS pela URL: <http://buscasaude.prefeitura.sp.gov.br>).*

*No caso da UBS detectar uma situação de acumulação, é de extrema importância realização de uma visita domiciliar utilizando o questionário (Anexos 5 e 6), pela equipe responsável pelos casos de visita domiciliar de pessoas que estão em situação de acumulação da UBS, com o objetivo de fazer uma investigação mais acurada, esta deve notificar pelo SINAN: VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA de código Y09 (Anexo 2 e Anexo 3) e enviar o acompanhamento para STS e UVIS **(via e-mail estabelecido entre as partes)** relatando o máximo de informações levantadas a respeito da situação com o número da notificação pela ficha do SINAN. Consequentemente será recebido pela UVIS no setor de Vigilância Epidemiológica.*

A Vigilância Epidemiológica, quando receber a notificação por meio do SINAN, deve acionar a Vigilância Ambiental, especificando apenas se há existência de acúmulo de inservíveis, animais ou ambos para as devidas ações por essa.

Esse fluxo pode diminuir a quantidade de vistorias realizadas pelos profissionais de saúde e assim evitar o incômodo e a rejeição por parte das pessoas que estão em situação de acumulação e consequentemente facilitar o estabelecimento do vínculo com estes.

Todos que estiverem envolvidos no caso em questão devem incluir os dados na planilha criada com o intuito de padronizar as informações sobre a situação de acumulação para toda a rede (Anexo 7). Cada UBS, UVIS e STS terá sua planilha e deverá registrar e conhecer o andamento de cada ação, mas sempre mantendo o sigilo dos dados do munícipe/paciente.

*Assim que for estabelecida essa rede de informações, a UBS tomará a iniciativa de fazer o atendimento médico e/ou dar andamento ao Projeto Terapêutico Singular (PTS). Havendo a necessidade de encaminhar o paciente para outras secretarias ou unidades de saúde (CAPS, CRAS, CREAS, Habitação, entre outras) deve-se sempre informar à STS **(via e-mail estabelecido entre as partes)** ou quando ainda necessitar dos serviços da UVIS que também deverá ter a responsabilidade de acompanhar o caso.*

A UVIS acompanhará a situação quando necessitar dos cuidados relacionados à saúde ambiental e vistorias zoossanitárias. Nesse caso, biólogos e médicos-veterinários atuarão para a diminuição de danos ou para resolução do caso. Dependendo da demanda, serão executados os seguintes serviços quando houver:

Infestação por roedores: *As espécies de roedores mais importantes como pragas urbanas são *Mus musculus*, *Rattus norvegicus* e *Rattus rattus*. Os roedores possuem uma grande capacidade reprodutiva, sendo limitada apenas por doenças, falta de alimento e abrigo. Para Corrigan (2001) o alto potencial reprodutivo dos roedores é caracterizado por sua maturidade sexual rápida e pelo período de gestação curto. Na natureza, esse alto potencial reprodutivo é normalmente compensado pela predação, competição e vários estresses ambientais. Dentro dos ambientes artificiais como edifícios, a temperatura é constante, a comida é abundante, há muitos abrigos e seus predadores naturais estão ausentes. Sob tais condições, a densidade populacional de roedores pode se elevar, e esse fator se*

exacerba nos locais onde ocorrem as práticas de indivíduos com transtorno de acumulação.

As ações que visam prevenir o estabelecimento e a proliferação de roedores são chamadas, no seu conjunto, de procedimentos antirratização. O controle desses animais é feito por meio do manejo do ambiente, com a alteração das condições físicas e químicas propícias ao seu estabelecimento, como impedir o acesso e reduzir as oportunidades de abrigo e oferta de alimentos. (KEINER 2005; PAPINI, 2008).

O controle integrado de roedores se baseia no conhecimento da biologia, hábitos comportamentais, habilidades e capacidades físicas de cada espécie e do conhecimento do meio-ambiente onde estão instalados. Dessa forma o controle se baseia em ações de acordo com a espécie de roedor a ser combatido e, também sobre o meio que o cerca (EMBRAPA, 2006). O manejo integrado dos roedores pressupõe uma série sucessiva de cinco fases distintas: inspeção, identificação, medidas corretivas e preventivas (antirratização), desratização, avaliação e monitoramento (BRASL, 2002).

A) Inspeção: Inspeção da área a ser controlada, com levantamento e anotação da situação encontrada (localização e números de tocas, trilhas, acesso a alimentos, entre outras). Estas informações são fundamentais para orientar medidas de controle (EMBRAPA, 2006).

B) Identificação da espécie: A identificação da(s) espécie(s) de roedor a ser controlada é fundamental, pois as diferenças biológicas e de comportamento determinarão as estratégias de controle (EMBRAPA, 2006).

C) Antirratização: São medidas que visam dificultar ou mesmo impedir o acesso, instalação e proliferação de ratos em uma determinada área. Estas medidas consistem basicamente em eliminar as fontes de alimento, abrigo, acesso e água para estes (EMBRAPA, 2006).

D) Desratização: São medidas aplicadas para eliminação física dos roedores. Podem ser utilizados métodos mecânicos, biológicos ou químicos. Devido à maior segurança e eficácia, o método de desratização mais usado é o químico (EMBRAPA, 2006). As UVIS comumente usam iscas parafinadas e/ou pó de contato como controle químico, com a devida ciência e a assinatura do Termo de Autorização pelo(a) paciente/pessoa que está em situação de acumulação, conforme (Anexo único do Anexo 1).

E) Avaliação e monitoramento: A derradeira fase de um manejo integrado voltado para roedores é a avaliação dos resultados com um acompanhamento posterior para evitar seu recrudescimento. Reinspeções periódicas da área devem ser programadas e executadas por pessoal treinado, capaz de uma simples inspeção, identificar os clássicos sinais da presença de roedores: materiais roídos, trilhas, manchas de gordura, fezes, entre outros. (BRASIL, 2002).

O manejo integrado é o método mais eficaz para atingirem-se níveis de controle de uma infestação murina, porque combate o roedor em três frentes ao mesmo tempo, por meio de medidas preventivas, de medidas corretivas do meio ambiente e da eliminação do roedor já instalado na área (SILVA, 2017). Contudo, como todo método, não é infalível e é fortemente dependente da ação de seus executores, ou seja, requer atenção e especialização no assunto, além da participação efetiva da comunidade envolvida (BRASIL, 2002), neste caso específico de pessoas em situação de acumulação, é necessária uma mobilização em rede por parte dos serviços públicos, para um resultado efetivo e eficaz, sendo que o controle químico é uma forma paliativa, e que a eficiência do processo só se concretiza quando se consegue remover tais acúmulos e criar um monitoramento que garanta não haja reincidência da acumulação

Presença de pombos: *A falta de controle de pombos (Columba livia), nas áreas urbanas, faz com que a população desta ave se multiplique nas cidades, tornando-as um sério risco à saúde humana. As colônias produzem uma grande*

quantidade de fezes, que abrigam bactérias, fungos e alguns vírus, podendo causar várias doenças, como criptococose, histoplasmose, ornitose, salmonelose, toxoplasmose, encefalite, dermatites, alergias respiratórias, doença de Newcastle, aspergilose e tuberculose aviária (SILVA, 2005).

O aumento populacional dos pombos se deve à ausência de predadores nas grandes cidades concomitante à sua rápida reprodução. Por isso, o controle dos pombos deve ser no sentido de inibí-los ou de afugentá-los dos locais urbanos e nunca de eliminação. Este visa reduzir, de maneira gradual, a população de um local, por meio da redução de abrigo e fontes de alimento/água.

Toda atividade desenvolvida para o controle de pombos deve ser cuidadosamente planejada, para evitar a morte das aves ou seu sofrimento. Apesar de serem consideradas pragas urbanas, pela Instrução Normativa nº 141 do IBAMA, os pombos não podem ser exterminados, conforme a Lei de Crimes Ambientais (Lei Federal nº 9.605/98). Por isso, os métodos para o controle de pombos abrangem três categorias – mecânicos, químicos e sonoros.

Esses métodos incluem manejo de alimentação, barreiras físicas de acesso ao abrigo e locais de nidificação. Frestas em telhados, principalmente em lugares altos, são portas de entrada para pombos e outras aves que se adaptaram em viver em ambientes urbanos, eles preferem lugares altos para poderem observar o ambiente e para obtenção de alimento. As pessoas com transtorno de acumulação acabam por gerar um ambiente muito propício para os pombos, com abrigo, devido ao acúmulo de inservíveis, e muitas vezes com oferta de alimento, quando concomitante ao acúmulo de resíduos orgânicos. É importante restringir áreas onde os pombos pousam e espantar os indivíduos existentes no local, até a eliminação definitiva do abrigo/alimento.

Presença de outros animais sinantrópicos nocivos: Destacamos, dentre os animais sinantrópicos, aqueles que podem transmitir doenças, causar agravos à saúde do homem ou de outros animais, e que estão presentes na nossa cidade,

principalmente relacionados com os hábitos de um indivíduo com transtorno de acumulação, tais como: baratas, moscas, escorpiões...

As baratas são uma praga de alto risco no meio urbano. São portadoras de várias doenças, incluindo salmoneloses, disenteria, gastroenterite e febre tifoide. Os excrementos das baratas também podem causar eczema e asma.

O risco é particularmente elevado quando há crianças, idosos ou pessoas que estejam em tratamento de outras doenças no local.

Além dos riscos para a saúde, as baratas são uma das pragas mais desagradáveis que existem. Não só pelo seu aspecto perturbador, mas também pelo odor altamente desagradável que deixam em alimentos e objetos que tocam. As baratas conseguem se reproduzir rapidamente e são muito resistentes. A vedação de todos os pontos de acesso pode ajudar a evitar a entrada de baratas em uma residência. Os pontos de maior risco são os espaços abaixo das portas e em volta das tubulações.

É necessário vedar todos os espaços onde as baratas possam se esconder também. Têm hábitos noturnos e se escondem durante o dia em fendas e nas cavidades das paredes, atrás de rodapés ou até atrás de tomadas elétricas. A forma mais eficaz de controlar as baratas é eliminar acesso aos alimentos e à água, e cabe a Vigilância Ambiental disseminar essas informações.

*A proliferação da mosca doméstica, *Musca domestica* (L.) e outras moscas sinantrópicas, é um problema frequente em áreas de disposição de resíduos sólidos, o que caracteriza o local onde habita uma pessoa com transtorno de acumulação, estes são locais apropriados para o repasto e a oviposição de dípteros bem como para o desenvolvimento de estágios imaturos (estágio 3 e pupário) (LABUD et al., 2003). As moscas estão frequentemente implicadas em intoxicações alimentares e podem ser facilmente identificadas no ambiente urbano, atuando como potenciais vetores de mais de 100 diferentes patógenos, desde vírus até formas parasitárias (VIGNAU et al., 2003).*

O desafio do controle desse vetor, seria determinar a melhor estratégia de controle e identificar inseticidas com maior poder residual e que pudesse competir com sucesso com a oferta de abrigo e alimento fornecida pelos locais de proliferação, mas atualmente, a Vigilância Ambiental procura focar nas ações de informação e orientação, o que não vem se mostrando eficaz nos casos de pessoas que estão em situação de acumulação, principalmente os que não possuem família que auxiliem na recuperação de seu transtorno.

Referente aos escorpiões, assim como os demais vetores, explicações para o aumento na incidência estão diretamente relacionadas ao agente causal, como hábitos alimentares, forma de reprodução, proliferação das espécies e comportamento. Aliadas às circunstâncias geradas pelo homem, essas características podem ser extremamente adaptadas, o que tem levado a um grande aumento das populações de escorpiões.

Como agravante, as medidas de controle realizadas de maneira errônea podem causar resultado oposto ao desejado, em especial em situações em que não são bem conhecidos os hábitos do escorpião, potencializando sua proliferação, notadamente em ambientes urbanos. Salienta-se aqui, a importância de se definir para onde encaminhar o material retirado da residência do indivíduo com transtorno de acumulação, com vistas a não disseminar os escorpiões, como uma destinação inadequada em algum aterro, ou mesmo terreno inapropriado.

Presença de mosquitos: São notórias as questões das arboviroses quando abordamos a problemática de transtorno de acumulação, dentre as diversas doenças que podem ser disseminadas, a mais repercutida é a Dengue, causada por vírus veiculado pelo mosquito *Aedes aegypti*, inseto também vetor do vírus de moléstias ainda mais graves como a Zika, Febre Amarela, a Chikungunya e eventuais desdobramentos como a Síndrome de Guillain-Barré, doença autoimune.

Dessa forma, as ações de limpeza de locais públicos e particulares, como, por exemplo, virar garrafas com a boca para baixo, verificação de vasos, pneus e

outros que possam acomodar as larvas do mosquito ou, até mesmo a aplicação de produtos químicos e biológicos quando necessário, são imprescindíveis para o combate ao mosquito.

*Assim, embora o município de São Paulo tente implementar medidas necessárias ao combate do mosquito *Aedes aegypti*, sejam os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde, bem como por outros órgãos que também são responsáveis direta ou indiretamente, por esse controle, depara-se com situações que se agravam diante dessa problemática dos locais onde vivem pessoas com transtorno de acumulação, dia após dia, avivada pelo fato de profissionais da área da Vigilância em Saúde não conseguirem adentrar nesses locais, afim de realizarem seus serviços. Portanto, a criação de uma estratégia para o controle do *Ae. Aegypti* em imóveis de pacientes/ pessoas que estão em situação de acumulação é de extrema importância. Caso o paciente desejar e aceitar que se faça o controle biológico e mecânico, a ação poderá ser feita mediante a ciência e assinatura do Termo de Autorização pelo paciente (Anexo único do Anexo 1),*

Acúmulo de cães e gatos: *nesse caso é preciso ter mais cautela por se tratarem de animais domésticos, a primeira ação é o levantamento da quantidade de animais, identificação das espécies caninas e felinas, identificação do sexo, idade e se há animais castrados. E por fim, a avaliação da saúde dos animais pelo médico-veterinário, e identificação de quais animais necessitam ser encaminhados para uma possível cirurgia de esterilização, nas clínicas contratadas pela prefeitura (lista atualizada pelo site da prefeitura ou pela DVZ) ou mutirões realizados com Organizações Não Governamentais (ONGs) em parceria com a Divisão de Vigilância em Zoonoses e UVIS, afim de que se consiga obter o controle de natalidade desses animais.*

As visitas para o atendimento de transtorno de acumulação de animais domésticos seguem como base a Lei Municipal 13.131/01, portanto além dos itens anteriormente citados, é imprescindível a emissão do Registro Geral do Animal

(RGA) dentro do território da cidade de São Paulo, a vacinação da raiva animal e a identificação por meio de microchips, lembrando que essas ações poderão ser efetuadas mediante à ciência e assinatura do Termo de Autorização pelo paciente/pessoa que está em situação de acumulação (Anexo único do Anexo 1).

Outras vacinas (V5, V8, V10, V12, entre outras) são de responsabilidades exclusivamente do próprio tutor/paciente. A UVIS tem a responsabilidade de avaliar se há casos suspeitos de zoonoses (esporotricose, leishmaniose, raiva, entre outras), de orientar e desencadear ações de controle, quando indicadas. Atualmente existem hospitais veterinários gratuitos administrados pela Associação Nacional de Clínicos Veterinários de Pequenos Animais (Anclivepa-SP) e custeados pela Prefeitura de São Paulo, que podem auxiliar no atendimento de saúde animal:

- HOSPITAL VETERINÁRIO GRATUITO ZONA LESTE

Av. Salim Farah Maluf, esquina com a Rua Ulisses Cruz (lado par) – Tatuapé

Telefone: 2291-5159

- HOSPITAL VETERINÁRIO GRATUITO ZONA NORTE

Avenida General Ataliba Leonel, 3194 (próximo à estação do metrô Parada Inglesa) – Parada Inglesa

Telefone: 2478-5305

HORÁRIO DA ENTREGA DAS SENHAS

Segunda à Sexta: Com retirada de senha das 06h às 10h com a presença do animal. A Clínica funciona até o último proprietário que retirou a senha.

Em janeiro de 2018 foi lançada a terceira unidade do Hospital Veterinário Gratuito em São Paulo, porém com o custeio pela iniciativa privada e doações de pessoas físicas.

- HOSPITAL VETERINÁRIO GRATUITO ZONA OESTE (atendimento diário 30 animais)

Rua Manuel Jacinto, 249 – Vila Sônia

Telefone: 3530-6008

HORÁRIO DA ENTREGA DAS SENHAS

Segunda à Sexta: das 6h às 8h com a presença do animal e mediante a apresentação do RG original, CPF original, comprovante de residência no município

de São Paulo em nome do responsável pelo paciente que estará presente no momento da consulta.

Presença de animais de criação ou outros pets: *fazer o levantamento de outros pets e animais de criação como os galináceos, suínos, entre outros e adotar as medidas legais cabíveis, de acordo com o Código Sanitário Municipal de São Paulo (Lei Municipal de nº 13.725/04). O médico-veterinário da UVIS deve orientar e acompanhar os cuidados desses animais juntamente ao paciente até a definitiva resolução do caso.*

Acúmulo de Inservíveis: *na autorização pelo paciente em retirar os inservíveis, a UVIS ou a UBS comunicará (via e-mail institucional ou outro e-mail estabelecido entre as partes) à STS sempre com cópia para os envolvidos. A STS entrará em contato com o representante da limpeza urbana do CRASA para o devido agendamento da retirada dos inservíveis, mediante a assinatura do Termo de Autorização pelo paciente (Anexo único do Anexo 1), juntamente com a UVIS, UBS, outros órgãos envolvidos e principalmente a própria pessoa que está em situação de acumulação.*

E por fim, incluir os casos exitosos/ casos que se encerraram na planilha de Encerramento dos Casos de Situação de Acumulação (Anexo 8).

Uma outra proposta, que vem acontecendo no território da STS Vila Maria/ Vila Guilherme, é a inserção dos casos de pessoas que estão em situação de acumulação nas reuniões que são discutidos casos de violência. Essas reuniões acontecem mensalmente com a participação de técnicos de várias secretarias envolvidas na resolução desses casos. Nos casos das situações de acumulação, a STS fará a articulação com a secretarias estabelecendo um fluxo para garantir as ações a serem executas.

Sugestões para maior resolubilidade dos casos

- 1. Estimular ações planejadas e contínuas;*
- 2. Planejar e compartilhar o Projeto Terapêutico Singular com os envolvidos;*
- 3. Avaliar os riscos a que esteja exposta a pessoa em situação de acumulação;*
- 4. Evitar ansiedade por parte dos envolvidos, que esperam resoluções imediatas, deve-se considerar que se trata de um processo passo-a-passo e de longo prazo;*
- 5. Intervenção de forma multidisciplinar e intersetorial, é preciso ter uma visão holística e multifuncional;*
- 6. Cuidar dos problemas clínicos associados;*
- 7. Buscar sempre melhorar a situação sem remover a pessoa da moradia;*
- 8. Evitar institucionalizar o caso;*
- 9. Evitar sobreposição de ações;*
- 10. Conquistar vínculo de confiança com a pessoa em situação de acumulação, de forma que esta sinta-se o mais confortável possível em se desfazer dos objetos, castrar/ doar os animais ou fazer manejo ambiental. A participação do profissional da área da saúde ou outra pessoa que mantém o vínculo com o paciente é indispensável nas situações mais tensas.*

Ponto Estratégico, por que não?

Foi observado que imóveis de pessoas que estão em situação de acumulação, também podem ser fator de risco para proliferação do mosquito Aedes aegypti, que na visão de saúde pública, se revelam muito parecidos aos imóveis denominados Pontos Estratégicos (PE), cadastrados nas Unidades de Vigilância em Saúde e que recebem tratamento quinzenal para o controle desse mosquito. Assim, imóveis dessas pessoas podem se configurar como PE também, porém com características especiais. Como se trata de pessoas que estão em situações vulneráveis e que existe a resistência em receber profissionais da saúde, por todas as características relacionadas à acumulação, poderia se enquadrar em Ponto Estratégico de Acumulação, assim a UVIS utilizaria para o controle do mosquito Aedes aegypti, uma equipe ou dupla que já tivesse vínculo com o paciente e gradativamente o tratamento poderia se tornar quinzenal.

Considerações finais

Esse caderno foi uma forma de consolidar o que foi produzido e conquistado até agora referente ao atendimento às pessoas que estão em situação de acumulação, no que tange a vigilância em saúde, e criar propostas que viabilizem uma rede mais articulada.

Uma vez que o atendimento conta com profissionais de diversas áreas, a visão deve ser multidisciplinar e intersetorial, portanto documentos que norteiem esses serviços específicos são imprescindíveis para garantia da saúde pública.

Foi verificado também que não existe um sistema de notificação específico e muito menos informatizado para o transtorno de acumulação o que acarreta em mais um obstáculo para as resoluções dos casos.

Mais ferramentas devem ser propostas e estudos devem ser realizados a respeito do transtorno de acumulação, por ser um tema pouco explorado e cada vez mais frequente o conhecimento da existência de casos nos territórios das Prefeituras Regionais

Referência

- ALMEIDA, G.L.; PONTES, H.H.S. **Disposofobia: A Função Existencial de Acumular**. Caderno de Ciências Biológicas e da Saúde. Boa Vista, n. 04, 2014.
- APA (American Psychiatric Association). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5. Editora Artmed 5ª Edição, 2013.
- ARAÚJO, E.M., SANTOS, V.G. Transtorno de acumulação compulsiva de idosos: possibilidade de cuidados e questões de saúde pública. Revista Kairós Gerontologia. São Paulo (SP), Brasil, 2015; 18 (4), p. 81-100.
- BALLONE, G.J. (2013). Acumuladores Compulsivos. In: *PsiquWeb*. Disponível em: <<http://psiquweb.net/index.php/espectro-obsessivo-compulsivo/acumuladores-compulsivos/>>. Acesso em: 31 out. 2016.
- BERLYNE, N. Diogenes syndrome. Lancet. 1975; p.1:515.
- BRASIL. Instrutivo para Preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 1. ed. – Brasília, 2015.
- BRASIL. LEI Nº 9.605 de 12 de fevereiro de 1998: Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9605.htm> Acesso em: 30 mai. 2018.
- BRASIL. LEI Nº 13.131 de 18 de maio de 2001: Legislação Municipal do Registro de animais. Disponível em: < http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/LeiMunicipal_2001_13131_1253562346.pdf> Acesso em: 21 jan. 2017.
- BRASIL. INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 141 de 19 de dezembro de 2006: Regulamenta o controle e o manejo ambiental da fauna sinantrópica nociva. Disponível em: < <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/IN%20141%20IBAMA%20DEZ%2006.pdf>> Acesso em: 21 mai. 2018.
- BRASIL. DECRETO Nº 57.570, de 28 de dezembro de 2016: Institui a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação. Disponível em: < [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Decreto%2057%20570%20%20Politica%20Municipal%20Pessoas%20em%20Situacao%20de%20Acumulacao%20\(2\).pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Decreto%2057%20570%20%20Politica%20Municipal%20Pessoas%20em%20Situacao%20de%20Acumulacao%20(2).pdf)> Acesso em: 21 jan. 2017.
- BRASIL. DECRETO Nº 57.857 de 5 de setembro de 2017: Dispõe sobre a reorganização da Secretaria Municipal da Saúde, altera a denominação e a lotação dos cargos de provimento em comissão que especifica, bem como transfere cargos de provimento em comissão entre órgãos e do Quadro Específico de Cargos de Provimento em Comissão. Disponível em: <

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/decreto57857_1505763355.pdf> Acesso em: 21 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de controle de roedores. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002; p. 17-19, 132.

COONEY, C.; HAMID, W. Review: Diogenes syndrome. *Age Ageing*. 1995; p.24:451-3.

CORRIGAN, R.M. Rodent control: A practical guide for pest management professionals. Editora Dan Moreland. Cleveland – EUA. 2001; p. 351.

EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA (EMBRAPA). Controle integrado de ratos. Concórdia: Suínos e aves. 2006. 14p.

FAZZIO, C. A. 2015. Disponível em: <<https://profceciliafazzio.wordpress.com/2015/04/21/acumuladores-obsessivos-compulsivos/>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

FONTENELLE, J.M.; SANTANA, L.S.; LESSA, L.R.; VICTORIA, M.S.; MENDLOWICZ, M.V.; FONTENELLE, L.F. O conceito do insight em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev. Bras. Psiquiatria*, São Paulo, v. 32, n. 1, mar. 2010; p. 77-82.

Hospitais Veterinários Gratuitos. Disponível em: < <http://anclivepa-sp.com.br/2015/anclivepa-social/hospital/>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

KEINER, C. Wartime rat control, rodent ecology, and the rise and fall of chemical rodenticides. *Endeavour*, v. 29, n. 3, 2005. p. 119-125.

LABUD, V. A.; SEMENAS, L. G.; LAOS, G. Diptera of sanitary importance associated with composting of biosolids in Argentina. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n.6, dez. 2003, p. 722-728.

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

PAPINI, S. Vigilância em saúde ambiental: uma nova era da ecologia. Editora Atheneu, 2008. 186p.

SAMUELS, J.F.; BIENVENU, O.J.; GRADOS, M.A.; CULLEN, B.; RIDDLE, M.A.; LIANG, K.Y.; *et al.* Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. *Behav Res Ther.* jul. 2008; p. 46(7):836–44.

SILVA, S. A. Isolamento e identificação do gênero *Cryptococcus sp*, em excrementos de pombos (*Columba livia*) encontradas em escolas públicas do município de Jacareí. Apresentado no III Congresso de Saúde e Qualidades de Vida do Cone Leste Paulista, realizado na Universidade do Vale do Paraíba, no período de 16 a 18 de maio de 2005 – apresentação oral e publicação.

SILVA, S. A. Vigilância em Saúde Ambiental e suas Interfaces: Estudo da Efetividade do Modelo Área Programa no Controle de Leptospirose e Roedores na Prefeitura Regional

Vila Maria/Vila Guilherme/Vila Medeiros – São Paulo -SP. Engenharia Ambiental. Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). 2017.

TOLIN, D.F.; STEVENS, M.C.; VILLAVICENCIO, A.L.; NORBERG, M.M.; CALHOUN, V.D.; FROST, R.O.; STEKETEE, G.; RAUCH, S.L.; PEARLSON, G.D. Neural Mechanisms of Decision Making in Hoarding Disorder. *Jama Psychiatry*, v. 69, nº 8, aug. 2012.

VIGNAU, M. L. *et al.* The effect of methoprene on *Musca domestica*: laboratory bioassays. *Analecta Veterinaria*, v. 23, n. 2, mar. 2003, p. 11-14.

Anexos

Anexo 1. Decreto Municipal Nº 57.570, de 28 de dezembro de 2016

DECRETO Nº 57.570, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2016

Institui a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação.

FERNANDO HADDAD, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, DECRETA:

Artigo 1º Fica instituída a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação.

Artigo 2º Para os fins deste decreto, considera-se como situação de acumulação o acúmulo excessivo de objetos, resíduos ou animais, associado à dificuldade de organização e manutenção da higiene e salubridade do ambiente, com potencial risco à saúde individual e coletiva, a qual pode estar relacionada a um transtorno mental ou outras causas.

Artigo 3º A Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação observará os seguintes princípios e diretrizes:

- I - universalidade;
- II - acessibilidade;
- III - fortalecimento do vínculo familiar e comunitário;
- IV - continuidade do cuidado;
- V - integralidade da atenção;
- VI - responsabilização;
- VII - humanização;
- VIII - equidade;
- IX - territorialidade.

Artigo 4º São objetivos da Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação:

I - garantir a atenção integral à saúde das pessoas em situação de acumulação, objetivando o seu bem-estar físico, mental e social e a adoção de medidas de prevenção de doenças e proteção da saúde individual e coletiva;

II - fortalecer a articulação das ações de vigilância e assistência à saúde e contribuir para a organização e qualificação dos serviços da rede de atenção à saúde, objetivando a integralidade do cuidado, bem como o apoio matricial para a gestão do trabalho em saúde;

III - estabelecer as medidas de intervenção necessárias e os órgãos competentes pela sua execução no atendimento às pessoas em situação de acumulação, visando ampliar a capacidade de intervenção e resolutividade, mediante uma atuação interdisciplinar, intersetorial e integrada;

IV - garantir a formação e educação permanente de profissionais e gestores para planejamento e execução das ações e serviços necessários ao atendimento às pessoas em situação de acumulação;

V - promover o engajamento da família e da comunidade próxima no apoio à pessoa em situação de acumulação, visando o fortalecimento de seus vínculos sociais e comunitários, bem como a adoção das medidas necessárias no âmbito domiciliar a fim de intervir nas condições e fatores de risco à saúde individual e coletiva identificados nesse ambiente;

VI - proporcionar o acesso das pessoas em situação de acumulação e vulnerabilidade social aos benefícios assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica.

Artigo 5º Fica criado o Comitê Intersecretarial de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação, vinculado à Secretaria Municipal da Saúde, responsável por acompanhar, avaliar e identificar as dificuldades na implementação da Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação, composto por representantes dos seguintes órgãos municipais:

I - 3 (três) representantes da Secretaria Municipal da Saúde, sendo 1 (um) da Coordenadoria de Vigilância em Saúde, 1 (um) da Coordenadoria de Atenção Básica e 1 (um) da área de Saúde Mental;

II - 1 (um) representante da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social;

III - 1 (um) representante da Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras;

IV - 1 (um) representante da Secretaria Municipal do Verde e do Meio Ambiente;

V - 1 (um) representante da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania;

VI - 1 (um) representante da Autoridade Municipal de Limpeza Urbana.

§ 1º Caberá à Secretaria Municipal da Saúde coordenar a implantação desta Política,

bem como promover as avaliações e articulações necessárias para garantir sua execução.

§ 2º Cada órgão indicará, ao Coordenador do Comitê Intersecretarial, os respectivos representantes, titular e suplente.

§ 3º O Secretário Municipal da Saúde designará os membros que comporão o colegiado, por meio de portaria a ser editada no prazo de 90 (noventa) dias contados da data da publicação deste decreto.

Artigo 6º Deverá ser constituído o Comitê Regional de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação - CRASA em cada Subprefeitura, que terá a seguinte composição:

I - 1 (um) representante do Distrito de Saúde, da Coordenadoria Regional de Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde;

II - 1 (um) representante da área de Saúde Mental, do Distrito de Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde;

III - 1 (um) representante da Unidade de Vigilância em Saúde, do Distrito de Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde;

IV - 1 (um) representante da Supervisão de Assistência Social, da Secretaria Municipal de Assistência Social;

V - 1 (um) representante da Subprefeitura.

§ 1º A coordenação do CRASA será exercida pelo gestor do Distrito de Saúde e, na sua ausência, por seu suplente.

§ 2º Cada órgão indicará, ao Coordenador do Comitê Regional, os respectivos representantes, titular e suplente.

§ 3º O Secretário Municipal da Saúde designará os membros que comporão o colegiado, por meio de portaria a ser editada no prazo de 60 (sessenta) dias contados da data da publicação deste decreto.

§ 4º Poderão ser convidados representantes de outros órgãos ou entidades públicas e da sociedade civil para, no âmbito de suas respectivas finalidades e competências, colaborarem com os trabalhos do CRASA.

§ 5º Os órgãos ou entidades públicas, quando convidados, poderão participar das reuniões do CRASA em que forem discutidos casos de pessoas em situação de acumulação.

Artigo 7º Os Comitês Regionais de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação - CRASA deverão:

I - executar a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de

Acumulação;

II - articular ações de promoção e assistência à saúde no nível regional, visando ao bem-estar físico, mental e social das pessoas em situação de acumulação;

III - criar e manter atualizado banco de dados dos casos de pessoas em situação de acumulação, atendidos em seu território de abrangência, para uso interno da Administração Municipal e de acesso restrito;

IV - promover reuniões mensais para discussão conjunta dos casos atendidos no âmbito de abrangência da Subprefeitura, considerando as particularidades de cada sujeito e as necessidades identificadas em seu atendimento;

V - convidar para participar das reuniões do CRASA os órgãos ou entidades públicas envolvidos no atendimento dos casos de pessoa em situação de acumulação que serão discutidos;

VI - disponibilizar os telefones e endereços eletrônicos atualizados dos representantes de cada órgão que compõe o Comitê à rede de serviços de assistência e vigilância em saúde do território;

VII - estabelecer estratégias para fortalecer o cuidado ampliado e integral às pessoas em situação de acumulação;

VIII - contribuir para o processo de educação permanente dos profissionais de saúde e de outros órgãos envolvidos no atendimento dos casos;

IX - estabelecer fluxos assistenciais regionais para garantir o cuidado continuado e a responsabilidade de cada um dos níveis do cuidado na atenção integral à saúde da pessoa atendida, visando à proteção da saúde individual e coletiva;

X - nos casos em que a pessoa em situação de acumulação não autorize o acesso ao imóvel, encaminhar relatório circunstanciado caracterizando a situação de risco à saúde pública ao Departamento Judicial da Procuradoria Geral do Município, para que adote as medidas judiciais visando ao ingresso no imóvel e a adoção das intervenções necessárias para eliminar ou minimizar os riscos sanitários identificados no local;

XI - quando a pessoa em situação de acumulação apresenta pouca ou nenhuma adesão ao tratamento e for observada a manutenção ou agravamento das condições de risco à saúde, comunicar o Ministério Público visando à mediação junto à pessoa em situação de acumulação e sua rede de apoio ou, se necessário, à adoção da medida judicial pertinente;

XII - comunicar o Ministério Público, quando houver necessidade de interdição ou de acionar judicialmente os familiares, visando prover os meios indispensáveis para a manutenção da saúde e da vida da pessoa.

Artigo 8º As ações dos órgãos e entidades envolvidos no atendimento das pessoas em situação de acumulação devem ser planejadas e executadas de modo coordenado com o profissional da Unidade Básica de Saúde responsável pela gestão do caso.

Artigo 9º Caberá às Unidades Básicas de Saúde:

I - realizar busca ativa de pessoas em situação de acumulação na área de abrangência de sua abrangência, a fim de inseri-las na rede de atenção à saúde;

II - realizar visitas domiciliares à pessoa em situação de acumulação, a fim de avaliar sua condição de saúde e riscos sanitários;

III - elaborar o Projeto Terapêutico Singular - PTS do caso e designar um profissional de referência para acompanhá-lo durante todo o processo terapêutico;

IV - promover a articulação com as demais áreas de atuação para elaboração do PTS, sendo responsável pela gestão do caso e acionamento das demais equipes, conforme a evolução do paciente;

V - inserir no PTS as metas estabelecidas com o paciente para o desfazimento sistemático e contínuo dos objetos ou resíduos acumulados, bem como prever estratégias que busquem a ressignificação desses objetos pelo sujeito, considerando sua tipologia, natureza, finalidade e valor;

VI - garantir atendimento domiciliar, nos casos necessários, por meio de abordagem biopsicossocial construída em conjunto com a pessoa em situação de acumulação e sua família, a fim de que reconheçam que os comportamentos praticados oferecem risco à saúde e que é indispensável a adoção de medidas que almejem a redução dos bens acumulados e a melhor organização do ambiente;

VII - estimular a pessoa em situação de acumulação a utilizar equipamentos públicos esportivos, culturais, sociais, dentre outros, visando à construção e resgate de vínculos sociais e comunitários e sua inserção ocupacional;

VIII - incluir no PTS informações e localização dos serviços públicos de coleta, tratamento e destinação dos resíduos próximos ao imóvel, a fim de estimular o uso de técnicas de reciclagem, reutilização ou reaproveitamento dos materiais, como forma de agregar valor aos objetos acumulados, quando for o caso, bem como contribuir para o descarte correto de objetos ou materiais inservíveis;

IX - no caso de pessoa em situação de acumulação que possui animais, inserir no PTS ações e metas acordadas visando à manutenção dos animais em condições adequadas de alojamento, alimentação, saúde, higiene e bem-estar e a destinação adequada dos dejetos, bem como a redução do número de animais conforme critérios estabelecidos na legislação sanitária;

X - organizar o atendimento e desenvolver estratégias para fortalecer o cuidado ampliado e integral das pessoas em risco ou situação de violência, incluindo a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de negligência, abandono e outras formas de violência, bem como na ocorrência de acidentes, acionando as redes de cuidado e de proteção social existentes no território, de acordo com as necessidades identificadas;

XI - informar regularmente, ao Distrito de Saúde, os casos novos de pessoas em situação de acumulação identificados pela unidade, bem como a evolução dos casos atendidos, propondo a discussão de casos no âmbito do CRASA, quando necessário;

XII - acionar os serviços competentes, quando necessário, para planejamento e execução das estratégias cabíveis aos demais órgãos.

Artigo 10 Caberá à área técnica de Saúde Mental e aos serviços de saúde da Secretaria Municipal da Saúde:

I - realizar o atendimento das pessoas com suspeita de transtorno de acumulação e suas famílias nos casos de necessidade de intervenções de maior complexidade, por meio do PTS;

II - atuar no modelo de matriciamento, em que as equipes de atenção básica e de saúde mental, conjuntamente, criem uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica para atendimento dos casos de pessoas em situação de acumulação, incluindo a discussão coletiva de casos clínicos, capacitação das equipes técnicas envolvidas e, quando necessário, atendimento conjunto dos casos;

III - contribuir na elaboração e execução do PTS dos casos atendidos, no âmbito de abrangência do Distrito de Saúde, junto à equipe da Unidade Básica de Saúde responsável pela gestão do caso;

IV - incluir, no PTS, o atendimento nas unidades que integram a rede de atenção psicossocial, tais como os Centros de Atenção Psicossocial, os Centros de Convivência e Cooperativa, os Serviços de Emergência e o Hospital Geral com enfermaria psiquiátrica, da Secretaria Municipal da Saúde;

V - promover a educação permanente dos profissionais do sistema de saúde municipal acerca da situação de acumulação e intervenções necessárias visando à redução de danos à saúde.

Artigo 11 Caberá às Unidades de Vigilância em Saúde:

I - informar ao Distrito de Saúde e à Unidade Básica de Saúde da área de abrangência do imóvel os casos de pessoas em situação de acumulação identificados pela equipe técnica nas ações de vigilância em saúde;

II - realizar visita domiciliar no imóvel da pessoa que apresenta acumulação de objetos, resíduos ou animais, a fim de identificar riscos à saúde individual e coletiva e adotar os procedimentos administrativos e técnicos cabíveis, conforme o caso, para intervir nos problemas sanitários constatados;

III - elaborar relatório técnico circunstanciado com descrição das condições sanitárias verificadas no imóvel da pessoa em situação de acumulação, bem como das ações e procedimentos adotados pela equipe de Vigilância em Saúde no local, e enviá-lo à equipe da Unidade Básica de Saúde responsável pelo caso e ao CRASA para conhecimento e providências necessárias;

IV - promover elaboração de Termo de Compromisso de Adequação, quando indicado, a ser acordado com a pessoa em situação de acumulação ou outro responsável, de modo coordenado com o gestor do caso, e, acompanhar a sua execução;

V - informar os órgãos competentes caso haja suspeita de situação de negligência, abandono ou outras formas de violência, bem como a ocorrência de acidentes, e atuar de modo articulado com a Unidade Básica de Saúde e o Distrito de Saúde, para deflagrar ações de vigilância, atenção e proteção da saúde do indivíduo e da comunidade;

VI - desenvolver e executar ações, atividades e estratégias de educação em saúde em relação às pessoas em situação de acumulação que possuam animais domésticos, a seus familiares e à rede de apoio, visando à guarda ou à posse responsável de animais para a prevenção de zoonoses, doenças transmitidas por vetores e outros agravos;

VII - nos casos em que há presença de cães e gatos no imóvel, orientar o responsável pelos animais e familiares quanto à obrigatoriedade de manter a vacinação contra a raiva atualizada anualmente e apresentar seu comprovante, podendo a equipe técnica da Unidade de Vigilância em Saúde realizar esse procedimento "*in loco*", se avaliar como necessário;

VIII - orientar medidas de manejo para evitar a reprodução dos animais domésticos e promover o encaminhamento de cães e gatos para esterilização cirúrgica, com o apoio da Divisão de Vigilância de Zoonoses, da Coordenadoria de Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde, quando autorizada por seu responsável e indicada pela autoridade sanitária;

IX - quando houver cães e gatos no imóvel, promover a sua identificação por meio do Registro Geral do Animal e, se possível, da microchipagem, gratuitamente, como forma de garantir a rastreabilidade e o controle populacional, com apoio da Divisão de Vigilância de Zoonoses, se necessário;

X - realizar as ações de prevenção e controle de animais sinantrópicos de relevância para a saúde pública, incluindo a adoção de medidas de desratização, desinsetização, dentre outros procedimentos, quando necessário;

XI - nos casos de animais suspeitos ou comprovadamente portadores de zoonoses ou causadores de agravos à saúde humana, caberá à autoridade sanitária indicar as medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas pelo responsável;

XII - promover a educação permanente dos profissionais da Vigilância em Saúde acerca da abordagem preconizada no atendimento dos casos de pessoas em situação de acumulação e as intervenções cabíveis em seu âmbito de atuação visando à redução de danos à saúde, com o apoio da Divisão de Vigilância de Zoonoses.

Artigo 12 Caberá à Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, por meio do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS e Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS:

I - realizar visitas domiciliares, em conjunto com a Unidade Básica de Saúde, à pessoa em situação de acumulação e sua família, realizando estudo social a fim de avaliar a vulnerabilidade e riscos a que estão expostos;

II - realizar a inscrição no Cadastro Único de Assistência Social - CadÚnico para facultar o acesso a programas de benefícios eventuais e benefício de prestação continuada -

BPC, nas situações cabíveis;

III - nos casos em que a pessoa resida sozinha ou tenha vínculos familiares frágeis, tentar localizar e contatar familiares que possam acompanhar a pessoa em situação de acumulação;

IV - referenciar a família no CRAS ou CREAS para acompanhamento, fortalecimento dos vínculos sociofamiliares e encaminhamentos para a rede socioassistencial;

V - realizar encaminhamentos da pessoa em situação de acumulação à rede socioassistencial de alta complexidade, quando for o caso, após avaliação de saúde, prioritariamente quando não houver vínculos familiares ou quando os vínculos estiverem rompidos.

Artigo 13 Caberá à Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras, por meio das Subprefeituras:

I - obter e fornecer, quando necessário, os dados de identificação do proprietário do imóvel em que haja suspeita ou que seja identificada situação de acumulação;

II - oficiar a Autoridade Municipal de Limpeza Urbana para adotar as providências de limpeza total ou parcial do imóvel e remoção de lixo, detritos e materiais inservíveis que possam comprometer a preservação da saúde pública ou a segurança dos agentes públicos, quando houver permissão do responsável pelo imóvel ou por determinação judicial, sendo a data da ação previamente estabelecida com os membros da equipe que acompanham o caso;

III - assegurar que a equipe de defesa civil realize, quando necessário, a avaliação da infraestrutura dos imóveis que apresentam situação precária de conservação e adotar as medidas necessárias visando prevenir a ocorrência de acidentes no imóvel;

IV - estabelecer as diretrizes para operacionalização das atividades no local, acionando os demais órgãos responsáveis, quando necessário;

V - acompanhar e indicar servidores para participar das atividades de educação continuada quanto à abordagem preconizada no atendimento dos casos de pessoas em situação de acumulação e as intervenções cabíveis em seu âmbito de atuação visando à redução de danos à saúde.

Artigo 14 Caberá à Autoridade Municipal de Limpeza Urbana:

I - contribuir na avaliação de vulnerabilidade e risco à saúde da pessoa em situação de acumulação, principalmente quanto à natureza e quantidade de materiais ou resíduos acumulados, disponibilizando representante técnico do órgão de gerenciamento dos serviços de coleta e destinação dos resíduos sólidos urbanos sempre que necessário;

II - disponibilizar a cada CRASA as informações relativas a serviços públicos de coleta e destinação dos resíduos por área de abrangência;

III - divulgar e capacitar os profissionais da rede de atenção à pessoa em situação de

acumulação sobre técnicas de reciclagem, reutilização ou reaproveitamento de materiais;

IV - garantir a participação do órgão gerenciador do serviço municipal de coleta e destinação de resíduos na definição da estratégia de ação e articulação com os responsáveis pela execução do serviço de retirada dos resíduos, seja por cumprimento de determinação judicial, seja por concordância do próprio acumulador;

V - acionar as empresas contratadas para os serviços de limpeza, quando requisitado pela Subprefeitura.

Artigo 15 Caberá à Divisão de Vigilância de Zoonoses, da Coordenadoria de Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde:

I - promover a educação continuada dos profissionais das Unidades de Vigilância em Saúde acerca do manejo e contenção de cães e gatos, bem como das demais abordagens preconizadas no atendimento dos casos de acúmulo de animais;

II - prestar apoio técnico às Unidades de Vigilância em Saúde nas atividades de prevenção e controle de zoonoses e de agravos à saúde;

III - proceder à avaliação técnica de animais domésticos da pessoa em situação de acumulação, em conjunto e a partir de solicitação da Unidade de Vigilância em Saúde, e promover orientação técnica quanto às medidas de proteção da saúde que o responsável pelos animais deverá adotar visando eliminar ou reduzir riscos à saúde individual e coletiva;

IV - caso seja constatado risco elevado e iminente à saúde humana, poderá ser indicada a apreensão de animais por técnico competente da Divisão de Vigilância de Zoonoses, quando não houver possibilidade de manejo dos animais no local.

Artigo 16 Caberá à Comissão Gestora dos Hospitais Veterinários Públicos, que exerce a gestão compartilhada prevista no Decreto nº 55.564, de 6 de outubro de 2014, promover o atendimento dos animais que necessitem de assistência à saúde nos hospitais veterinários conveniados com a Prefeitura.

Artigo 17 Caberá à Secretaria Municipal do Verde e do Meio Ambiente informar, ao Distrito de Saúde da área de abrangência do imóvel, os casos suspeitos ou identificados de pessoas em situação de acumulação, bem como oferecer apoio técnico quando a situação de acumulação for identificada em áreas de conservação e proteção ambiental e, intervir, nos casos em que for necessário.

Artigo 18 O termo de autorização constante do Anexo Único deste decreto será utilizado para registrar a autorização de entrada no imóvel, pelos agentes da Prefeitura e do serviço de limpeza contratado pelo órgão municipal competente, a fim de promover as ações de prevenção e controle de animais sinantrópicos de relevância para a saúde pública, a vacinação antirrábica, o registro e a microchipagem de cães e gatos encontrados no imóvel, quando indicado pela autoridade sanitária, e a remoção dos objetos, materiais e resíduos indicados.

Artigo 19 As despesas com a execução deste decreto correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Artigo 20 Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 28 de dezembro de 2016, 463º da fundação de São Paulo.

FERNANDO HADDAD, PREFEITO

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA, Secretário Municipal da Saúde

FRANCISCO MACENA DA SILVA, Secretário do Governo Municipal

Publicado na Secretaria do Governo Municipal, em 28 de dezembro de 2016.

Anexo Único integrante do Decreto nº 57.570, de 28 de dezembro de 2016

Termo de Autorização

Data Agendada: ____/____/____
Horário: _____

Eu, _____;
RG: _____ CPF: _____;
Residente à _____;
Nº _____; Complemento: _____ Bairro: _____;
Fone Res.: _____;
Fone Cel.: _____; de livre e espontânea vontade, autorizo a
entrada dos agentes da Prefeitura e do serviço de limpeza contratado pelo
órgão municipal competente, na data e horário acima indicados, no imóvel
situado à: _____

Nº _____; Complemento: _____
Bairro: _____, para:

() promover as ações de prevenção e controle de animais sinantrópicos
de relevância para a saúde pública, incluindo a adoção de medidas de
desratização e desinsetização, se necessário;

() promover a vacinação antirrábica dos cães e gatos encontrados no
imóvel, quando indicado pela autoridade sanitária;

() proceder o registro e a microchipagem dos cães e gatos encontrados
no imóvel, quando indicado pela autoridade sanitária;

() remover os objetos, materiais e resíduos por mim indicados.

Observações:

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura

Anexo 2. Ficha de Notificação Individual: Violência Interpessoal/ Autoprovocada (frente)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº	
<p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/ intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.</p>							
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual				
	2 Agravado(a)		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID-10)		3 Data da notificação
					Y09		
	4 UF	5 Município de notificação				Código (IBGE)	
	6 Unidade Notificadora		☐ 1- Unidade de Saúde ☐ 2- Unidade de Assistência Social ☐ 3- Estabelecimento de Ensino ☐ 4- Conselho Tutelar ☐ 5- Unidade de Saúde Indígena ☐ 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher ☐ 7- Outros				
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade		8 Data da ocorrência da violência		
	8 Unidade de Saúde		Código (DNIS)				
	10 Nome do paciente				11 Data de nascimento		
	12 (ou) Idade		1 - Menor 2 - Criança 3 - Adolescente 4 - Adulto 5 - Idoso 1 - Menor 2 - Criança 3 - Adolescente 4 - Adulto 5 - Idoso		13 Sexo		
	14 Gestante		☐ 1- Sim ☐ 2- Não se aplica ☐ 3- Não se aplica		15 Raça/Cor		
Dados de Residência	16 Escolaridade		1- Não sabe ler e escrever 2- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 4- 9ª a 11ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 5- Ensino fundamental completo (antigo primário ou 1º grau) 6- Ensino médio incompleto (antigo integral ou 2º grau) 7- Ensino médio completo (antigo integral ou 2º grau) 8- Educação superior incompleta 9- Educação superior completa 10- Não se aplica				
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe				
	19 UF	20 Município de Residência		Código (IBGE)		21 Distrito	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1		
27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP			
30 (DDD) Telefone		31 Zona		32 País (se residente fora do Brasil)			
		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 4 - Ignorado					
Dados Complementares							
Dados de Pessoa Afetada	33 Nome Social		34 Ocupação				
	35 Situação conjugal / Estado civil		1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 5 - Não se aplica 6 - Ignorado				
	36 Orientação Sexual		1 - Heterossexual 2 - Homossexual (gay/bissexual) 3 - Bissexual 4 - Não se aplica 5 - Ignorado		37 Identidade de gênero		
					1 - Homem Transsexual 2 - Mulher Transsexual 3 - Não se aplica 4 - Ignorado		
	38 Possui algum tipo de deficiência/transtorno?		1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência/transtorno?		
Dados de Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência		Código (IBGE)		42 Distrito
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3		
	48 Ponto de Referência		49 Zona		50 Hora da ocorrência		
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 4 - Ignorado		(00:00 - 23:59 horas)		
51 Local de ocorrência		01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústria/construção 09 - Outro 10 - Ignorado		52 Ocorreu outras vezes?			
				1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado			
53 A lesão foi autoprovocada?		1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado					

SVS 15.06.2015

Anexo 3. Ficha de Notificação Individual: Violência Interpessoal/ Autoprovocada (verso)

Violência	88 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros: _____ 88-Não se aplica 89-Ignorado		
	86 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Física ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Intervenção legal ☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Outras ☐ Tortura ☐ Negligência/Abandono ☐ Trabalho infantil		
Violência Sexual	87 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Força corporal/espionamento ☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento ☐ Substância/Obj. químico ☐ Ameaça ☐ Obj. contundente ☐ Envenenamento, Intoxicação ☐ Outro: _____		
	89 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Estupro ☐ Pornografia infantil ☐ Exploração sexual ☐ Outros: _____		
Dados do provável autor da violência	90 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de sêmen ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sangue ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei		
	91 Número de envolvidos 1- Um ☐ 2- Dois ou mais ☐ 9- Ignorado 92 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Amigos/conhecidos ☐ Policial/agente da lei ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Própria pessoa ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Outros: _____ ☐ Madrinha ☐ Filho(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Pessoa com relação institucional ☐ Cônjuge ☐ Irmão(ã)		
Encaminhamento	93 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino ☐ 2- Feminino ☐ 3- Ambos os sexos ☐ 9- Ignorado 94 Suspeita de uso de álcool 1- Sim ☐ 2- Não ☐ 9- Ignorado ☐		
	95 Ciclo de vida do provável autor da violência: ☐ 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	96 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde/hospital, outras) ☐ Conselho do Idoso ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher ☐ Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) ☐ Delegacia de Atendimento ao Idoso ☐ Outras delegacias ☐ Rede de Educação (Creche, escola, outras) ☐ Centro de Referência dos Direitos Humanos ☐ Justiça da Infância e da Juventude ☐ Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) ☐ Ministério Público ☐ Defensoria Pública ☐ Conselho Tutelar ☐ Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	97 Violência Relacionada ao Trabalho ☐ Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) ☐ 98 Circunstância da lesão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado CID 10 - Cap XX _____		
99 Data de encerramento: _____			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante: _____ Vínculo/grau de parentesco: _____ (DDD) Telefone: _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 Disque Direitos Humanos 100			
Notificador	Município/Unidade de Saúde: _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES: _____
	Nome: _____	Função: _____	Assinatura: _____
Violência interpessoal/autoprovocada _____ Sinan _____ SIVS 15.08.2015			

Anexo 4. Ficha Socioambiental da UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SUBPREFEITURA DE VILA MARIA/VILA GUILHERME
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE VILA MARIA
NÚCLEO REGIONAL DE ZOONOSES

Nº da Solicitação _____ UBS DE Abrangência _____ Data _____

Componente(s) da Equipe _____

Endereço: _____ Telefone: _____

ESPECIFICAÇÃO : () Acúmulo inservíveis () Acúmulo de Animais () Maus- tratos de animais
 () Negligência () Violência Doméstica () Usuário de drogas
 () Humilhação (bullying)

Descrição da situação

[illegible]

[illegible]

Contatos em caso de dúvidas

Supervisão Técnica de Saúde Vila Maria/ Vila Guilherme

Rua General Mendes, 111 - Vila Maria

Fone: 2967-8168 / 2967-8171 / 2967-8142

Unidade de Vigilância em Saúde Vila Maria/ Vila Guilherme

Avenida Guilherme, 82 – Vila Guilherme

Vigilância Ambiental: 2905- 2829 /2905-2813

5. Discussão

Com a expansão da globalização, a manufatura facilitada de materiais não biodegradáveis e o poder de compra e sem uma gestão de descarte de resíduos adequada que supra essa demanda no Brasil, principalmente nas metrópoles brasileiras (GARCIA et al., 2015), fica nítida a grande quantidade de objetos que são descartados diariamente. No Brasil, são gerados em torno de 160 mil toneladas de resíduos sólidos urbanos, sendo que desses de 30% a 40% poderiam ser reciclados, entretanto apenas 13% passam por processo de reciclagem (SILVA, 2017). Deste modo, a oferta disponível de materiais é um facilitador para que pessoas que necessitem de renda alternativa, como a venda de sucatas, ferro-velho, usufruam desse meio para subsidiar sua situação. Essa oferta disponível de materiais pode propiciar o acúmulo por parte de algumas pessoas.

Entretanto, não se pode afirmar que todas as pessoas em situação de acumulação o fazem para auferir renda ou não. Mesmo que se tenha feito o levantamento das características dessas pessoas, dos 80% dos imóveis pesquisados na região da Prefeitura Regional da Vila Maria/ Vila Guilherme, não houve um levantamento para identificar se o acúmulo dos inservíveis são utilizados para o próprio subsídio e para obtenção de complementação de rendimento.

Além do conhecimento sobre a utilização do acúmulo de inservíveis como renda, o conhecimento das demais características das pessoas em situação de acumulação é relevante para traçar o seu perfil epidemiológico. Nesse estudo, o acúmulo apenas de animais se revelou menos presente do que o acúmulo somente de inservíveis em relação ao estudo realizado na cidade de Curitiba. Por outro lado, a proporção de pessoas em situação de acumulação simultânea de animais e inservíveis e os tipos de objetos acumulados (materiais

recicláveis, entulho, lixo, roupas e outros tipos de materiais) foram semelhante nos dois estudos (CUNHA et al., 2017).

Juntamente com o estudo do papel dos imóveis de pessoas em situação de acumulação na ocorrência de arboviroses, a avaliação do papel dos PE no cenário destas doenças também se faz necessária. Os PE são locais de grande acúmulo de inservíveis, em geral, para obtenção de retorno financeiro, mas sujeitos às atividades de controle vetorial sistemáticas. Os resultados obtidos neste estudo mostraram que ambos os tipos de imóveis tiveram pequena relevância para a ocorrência das arboviroses, com a identificação de aglomerados de casos em torno de pequeno número destes imóveis, todos pertencentes ao DA de Vila Medeiros, que segundo São Paulo (2018b) é o DA com maior densidade demográfica (hab./km²) da região da Prefeitura Regional de Vila Maria/ Vila Guilherme. De forma concordante, este foi o distrito que apresentou a maior quantidade de ovos de *Ae. aegypti* coletados em ovitrampa na zona norte de São Paulo, em ação desenvolvida para monitoramento da resistência do vetor aos inseticidas utilizados pelo Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) do Ministério da Saúde, em 2017 (SÃO PAULO, 2017d).

É importante ressaltar as diferenças entre os imóveis de pessoas em situação de acumulação e os PE. Enquanto os primeiros são de difícil acesso ao serviço público e pouco sujeitos a atividades de controle vetorial, os PE são visitados quinzenalmente e submetidos a controle rotineiro. Entretanto, ressalta-se que em nenhum dos PE associados à formação de aglomerados de arboviroses houve encontro de larvas nas visitas realizadas entre agosto de 2013 a julho de 2017.

Essas informações poderiam se tornar questionáveis ao ponto de indicar comprometimento nos próprios serviços de saúde ou até mesmo fornecer um resultado positivo consequente de trabalhos periódicos de controle vetorial realizados nos PE.

No presente estudo, apenas foram levados em conta os imóveis de pessoas em situação de acumulação e os PE, mas não foram considerados outros tipos de imóveis e situações que poderiam produzir aglomerados de casos de arboviroses, tais como denúncias recebidas pelo poder público ou fruto das próprias observações dos agentes em campo, o que pode ser considerado uma limitação deste estudo. Outra limitação refere-se ao fato de que as larvas de mosquitos encontradas nas visitas realizadas nos imóveis de pessoas em situação de acumulação e nos PE não foram encaminhadas para identificação de espécies, não sendo possível afirmar que estes imóveis eram positivos para *Ae. aegypti*. Destaca-se que a identificação larvária, no caso das visitas aos PE, é prevista nas Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue. (BRASIL, 2009b).

Uma terceira limitação refere-se à impossibilidade de realização de visitas aos imóveis em questão por estarem fechados ou por recusa dos moradores ou proprietários, especialmente nos imóveis de pessoas em situação de acumulação. Essas visitas são importantes para as atividades de Avaliação da Densidade Larvária (ADL) (BRASIL, 2013; SÃO PAULO, 2017c), onde são estimados os índices de infestação do mosquito. Nos imóveis de pessoas em situação de acumulação, a entrada do profissional de saúde acaba sendo dificultada, porém nesses levantamentos já são previstos uma quantidade de imóveis fechados/ recusados. Esta dificuldade ocorre por não existir vínculo entre o paciente e o profissional de saúde para adentrar sua residência e esse imóvel acaba sendo enquadrado como não trabalhado, principalmente por recusa. A impossibilidade de realizar visitas a estes imóveis pode gerar prejuízos epidemiológicos importantes em situações de casos suspeitos e confirmados de arboviroses nestes imóveis e em suas adjacências, dada a impossibilidade de realizar as medidas de controle previstas pelo programa de controle da Dengue (BRASIL, 2015a).

Também devem ser consideradas como limitações de estudo, problemas relacionados com a qualidade e completude dos dados. Durante o levantamento dos dados sobre as arboviroses ocorridas na UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme observaram-se, nos sistemas informatizados, erros de digitação dos casos, que implicaram em resultados menos acurados do que seriam necessários para as análises do presente estudo. Foram identificadas muitas informações em branco, demora e erro para o encerramento dos casos de arboviroses, endereços incompletos ou errados, falta de CEP, informações de extrema relevância para geocodificação e para o uso de geoprocessamento. Problemas semelhantes foram identificados na Planilha de Acompanhamento dos Casos de Situação de Acumulação, uma ferramenta estabelecida pelo Decreto 57.570/16, que nada mais é do que uma planilha de Excel[®] proposta para consolidar as informações recolhidas pelas unidades de saúde sobre as pessoas em situação de acumulação.

Diante destas limitações, os resultados aqui apresentados não podem em princípio ser generalizados para o município de São Paulo inteiro, mas sim apenas para o território analisado. E, independentemente destas limitações, é importante destacar que mesmo que o presente estudo poucos imóveis tenham se correlacionado com a ocorrência de arboviroses e esta relação seja válida para o local de estudo, esses resultados não devem ser extrapolados para todo município de São Paulo, uma vez, em que cada território possui características próprias.

Como contraponto às limitações do presente estudo, sua principal fortaleza foi o uso de técnicas de geoprocessamento, as quais permitiram localizar espacialmente os casos de arboviroses, os locais de pessoas em situação de acumulação e os PE e testar a hipótese do estudo. A análise do tipo de dado avaliado neste trabalho como os demais dados produzidos no setor de saúde com a utilização destas ferramentas tem o potencial de aprimorar a vigilância em saúde e orientar a tomada de decisões para o controle de agravos. Destaca-se

que na região da Prefeitura Regional de Vila Maria/Vila Guilherme, já foram utilizadas técnicas de geoprocessamento para análise de notificações de agravos (VIEIRA, 2014).

Um ponto importante a ressaltar, em relação ao uso crescente do geoprocessamento nos serviços de saúde, é que para o uso pleno de todas as suas capacidades e funcionalidades, os profissionais necessitam de treinamento para o cadastro e preenchimento correto de dados, especialmente os formulários do SINAN.

Nas atividades de controle de vetores e arboviroses, de acordo com as normas do estado de São Paulo, faz-se a divisão dos imóveis dos municípios segundo o risco de proliferação do vetor ou situação de cada imóvel. No espaço urbanizado são identificados dois tipos de imóveis, aqueles que abrigam uma grande população de formas aladas do mosquito por conta da quantidade de criadouros existentes e aqueles imóveis com grande circulação e permanência de pessoas e recebem atenção diferenciada no controle entomológico. No primeiro tipo enquadram-se os PE que são locais cadastrados pelos serviços de Vigilância em Saúde para a execução de ações de controle com certa periodicidade. No segundo tipo enquadram-se os denominados Imóveis Especiais (IE) que são escolas, hospitais, etc. (SÃO PAULO, 2017c).

Os imóveis de pessoas que estão em situação de acumulação, mesmo com o grande número de criadouros para o mosquito não estão enquadrados como imóveis de risco para proliferação do vetor. Nestes imóveis, quando a visita pode ser efetivada, realiza-se apenas controle mecânico e orientação aos moradores, mas não são previstos controle biológico e nem levantamento de infestação.

Dadas suas características, é importante que estes imóveis sejam considerados de risco e que sejam previstas atividades específicas visando o controle vetorial. Conforme preconizado por BARBOSA et al (2018, no prelo), faz-se necessário

atualizações periódicas nos programas de controle da Dengue, que, no caso dos imóveis em questão, talvez exista a necessidade de caracterizá-los como imóveis de risco e definição programática das atividades a serem desenvolvidas nestes locais.

Dado o reduzido número de imóveis de pessoas em situação de acumulação e de PE associados com a ocorrência de arboviroses encontrado neste estudo, cabe questionar o seu real papel na epidemiologia destes agravos. Num estudo recente, em que se utilizou também a estatística *Gi*, os PE não se confirmaram como dispersores de vetores para a suas imediações, mas apenas como locais de grande criação de vetores (BARBOSA et al., 2018, no prelo). Talvez a principal explicação para isto seria o grau de domiciliação do *Ae. aegypti* nas áreas urbanas, sendo que ele, atualmente e ao contrário do que ocorria no passado, prescindiria de locais com grandes quantidades de criadouros que dispersassem o vetor como garantia para sua manutenção nos domicílios (CHIARAVALLOTI, 1997).

Uma das hipóteses para o papel atual dos PE na infestação vetorial é o controle executado periodicamente. Uma vez que os imóveis de pessoas em situação de acumulação não têm sido submetidos a controle sistemático, talvez ele desempenhe atualmente o papel desempenhado no passado pelo PE, questão importante a ser investigada. Outra questão a ser investigada seria se o próprio imóvel de pessoa em situação de acumulação ser fator de proteção para a dispersão do mosquito, uma vez que existe fonte de alimentação próxima, especialmente nas situações onde ocorrer acumulação de objetos simultaneamente ao acúmulo de animais.

Quanto à participação dos imóveis de pessoas em situação de acumulação no papel da transmissão de arboviroses, mesmo diante do resultado obtido, não deve ser, a princípio, descartado. E o mesmo pode ser dito em relação aos PE, apesar de estarem sob controle sistemático. Isso, porque a ocorrência de arboviroses não depende apenas da infestação vetorial, mas de outros fatores como o grau de imunidade da população, os genótipos virais,

entre outros, sem questão ainda em aberto e que merece estudos mais aprofundados. Além disso, o papel dos imóveis de pessoas em situação de acumulação não se resume à questão das arboviroses, pois se constituem em locais importantes para o controle de vetores e sinantrópicos, como por exemplo, a presença de escorpiões, com o número de casos de acidentes aumentado no estado de São Paulo (CVE, 2018e).

Na percepção das Supervisões Técnicas de Saúde (STS), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, a situação destes imóveis é ainda mais complexa, pois não existe um sistema informatizado que os considere e conseqüentemente ocorre a perda de informações e falhas para o acompanhamento dos casos, quebra das ações a serem tomadas e quebra de vínculos entre o profissional de saúde e paciente, pois cada unidade de saúde mantém as informações captadas apenas para si e as ações acabam sendo executadas individualmente, justamente por não existir um canal em comum com todos os envolvidos.

Uma possibilidade a ser considerada seria incluir os casos de pessoas que estão em situação de acumulação no Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes (SIVVA) (BRASIL, 2015b), no sentido de unificar os dados e auxiliar na articulação das ações entre os setores/rede a serem desenvolvidas tanto em relação à saúde das pessoas em situação de acumulação e da saúde ambiental. Mesmo que não exista um sistema informatizado de notificações de transtorno de acumulação, os casos necessitam de atenção e são obstáculos para os serviços de Vigilância em Saúde. Diante destes impasses, vários atores da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo iniciaram articulações e conduziram reuniões para tentar equacionar estes problemas, com discussão sobre quais seriam as ações a serem realizadas e sobre a necessidade do estabelecimento de protocolo ou padrão para abordagem pelos profissionais da saúde.

Estas reuniões, que contaram com a participação de técnicos de UVIS e STS e profissionais de UBS da cidade de São Paulo, resultaram na promoção do 1º Seminário sobre Acumulação Compulsiva: “Desconstruindo Preconceitos e Construindo Políticas Públicas” em 2014. Posteriormente, houve o Inquérito Civil nº 1415/14 – MP/SP (Apuração da Política Pública de Tratamento para Portadores de Transtorno de Acumulação) e a Portaria Municipal nº 1.575, de 19 de outubro de 2015, que estabeleceu o Comitê Intersetorial de Atenção Integral às Pessoas em situação de Acumulação, com a atribuição de formular e acompanhar a implantação da Política de Atendimento às pessoas com Transtorno de Acumulação e outros casos em que são observadas a acumulação de objetos e animais, com potencial risco à saúde individual e coletiva. O presente estudo também é decorrente destas iniciativas.

Todo este processo culminou, no final de 2016, com a instituição da Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação por meio Decreto 57.570/16 (São Paulo, 2016), o que pode ser considerado um grande avanço para os serviços nessa área. Apesar disso, esse decreto é municipal e, sabendo que a infestação pelo *Ae. aegypti* ocorre em todo território brasileiro e o problema da acumulação também, há necessidade desta questão ser abordada nacionalmente.

Uma questão central na abordagem das pessoas em situação de acumulação é a presente possibilidade de rompimento do vínculo entre os profissionais de saúde e estes indivíduos. Isso acarreta na resistência destas pessoas em aceitar a visita do profissional de saúde nos imóveis para execução das ações cabíveis dentro do manejo integrado de pragas e para execução de ações que promovam a saúde ambiental, viabilizando o controle de zoonoses, controle de mosquitos e até mesmo de outros sinantrópicos.

A atenção às pessoas em situação de acumulação deve ser vista como multissetorial, ou seja, deve ser abordada por vários setores e secretarias, dado que o transtorno não é

percebido facilmente nem rapidamente. Em muitos casos, este fica mais aparente quando há um acontecimento impactante na vida do acometido, seja a morte de um ente querido, parente, a perda de um emprego, mudança de residência, mudança socioeconômica, etc. Agentes de campos estão aptos a observar a situação ambiental, porém quando se identifica uma situação de acumulação, depara-se com um cenário grave, com impactos na saúde pública. As ações dos agentes, tanto na identificação do problema como equacionamento, deveriam ser precedidas pela atuação de psicoterapeutas e assistentes sociais.

Diante da situação de acumulação de objetos, caracteriza-se como grande desafio para controle do mosquito *Ae. aegypti* pelos órgãos de Vigilância em Saúde das prefeituras, contudo conhecer o território e tomar medidas para o controle de vetores são essenciais para prevenção de doenças. Embora a mobilidade e migrações humanas sejam os maiores obstáculos para conseguir identificar os riscos de doenças em uma população, outras variáveis e outros métodos são utilizados para identificação dessa dinâmica, principalmente pelo uso do geoprocessamento (CANELAS et al., 2017).

Ainda que os imóveis de pessoas em situação de acumulação e os PE tenham apresentado relação discreta com a ocorrência de arboviroses na área de estudo, esta relação terá que ser avaliada para outras regiões da cidade de São Paulo. E, independente do resultado encontrado, locais com grande produção de mosquitos, mesmo que não concentrem em seu entorno a ocorrência destes agravos, colaboram para aumento dos níveis de infestação vetorial e para o risco de ocorrência das arboviroses que já circulam na área urbana de São Paulo, como para a reurbanização da Febre Amarela.

Atualmente, não se sabe a respeito dos níveis de índices de infestação do mosquito *Ae. aegypti* em relação ao seu possível papel na reurbanização da FA. Além disso, embora a vacina contra a doença exista há mais de 70 anos (GARSKE et al., 2014), a reurbanização da FA ainda é um risco potencial na América Latina, sobretudo pela falta de cobertura vacinal.

Portanto o controle vetorial ainda se faz necessário para o controle de FA e para outras arboviroses.

6. Conclusão

- » Todos os PE e imóveis que tiveram correlação com as taxas de arboviroses pertenciam ao mesmo Distrito Administrativo;
- » Observou-se a presença de inservíveis na área externa de todos os imóveis correlacionados com a taxa de incidência de arboviroses;
- » Os imóveis de pessoas em situação de acumulação e os pontos estratégicos não foram relevantes para a formação de aglomerados de casos de arboviroses em torno dos mesmos;
- » São necessárias mais pesquisas para essa questão, uma vez que não foram levadas em consideração outras variáveis;
- » Elaborou-se o Caderno de Orientação aos Profissionais da Área da Saúde do Município de São Paulo: Transtorno de Acumulação no Âmbito da Vigilância em Saúde, o qual poderá se constituir em um importante instrumento para atuação do Poder Público junto às pessoas em situação de acumulação;
- » Verificou-se a importância da criação de um programa informatizado que lide com as notificações de pessoas que estão em situação de acumulação e seus imóveis, pois, no momento atual, estas informações ficam desagrupadas e desconectadas, o que contribui para a perda e quebra de vínculos entre pacientes e profissionais de saúde;
- » Estudos voltados ao Transtorno de Acumulação devem continuar a ser desenvolvidos, no sentido de permitir uma melhor articulação da rede de serviços e objetivando atingir a atenção do Poder Público para um melhor acolhimento de quem é portador do Transtorno de Acumulação e para atuação nas consequentes situações que concernem a saúde pública no âmbito da Vigilância Ambiental.

7. Referências

- ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva). Carta aberta sobre a Febre Amarela no Brasil, Rio de Janeiro: [s.n.]; 2017. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/carta-aberta-febre-amarela-janeiro17/25312/>>. Acessado em: 27 jan. 2017.
- ALMEIDA, G.L.; PONTES, H. H. S. Disposofobia: A Função Existencial de Acumular. Caderno de Ciências Biológicas e da Saúde. Boa Vista, n. 4, 2014.
- APA (American Psychiatric Association). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2013.
- ARAÚJO, E. M.; SANTOS, V. G. Transtorno de acumulação compulsiva de idosos: possibilidade de cuidados e questões de saúde pública. Revista Kairós Gerontologia. São Paulo: [s.n]; 2015; p. 81-100.
- ATKINSON, B.; THORBURN, F.; PETRIDOU, C.; BAILEY, D.; HEWSON, R.; SIMPSON, A.J.; BROOKS, T.J.; AARONS, E.J. Presence and Persistence of Zika Virus RNA in Semen. United Kingdom, 2016, Emerg Infect Dis. Apr. 2017. n.4, 15-23.
- AYRES, C. F. J. Identification of Zika virus vectors and implications for control. The Lancet Infectious Diseases. v. 16, n. 3, p. 278-279, Mar. 2016. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)00073-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(16)00073-6)> Acessado em: 27 jan. 2017.
- BALLONE, G. J. Acumuladores Compulsivos. In: *PsiquWeb*. 2013. Disponível em: <<http://psiquweb.net/index.php/espectro-obsessivo-compulsivo/acumuladores-compulsivos/>>. Acessado em: 31 out. 2016.
- BARBOSA, G. L.; LOURENÇO, R. W. Analysis on the spatial-temporal distribution of dengue and larval infestation in the municipality of Tupã, State of São Paulo. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. Mar-Apr. 2010. v.2, p. 145-51.

BARBOSA, G.L.; LAGE, M.O.; ANDRADE, V.R.; GOMES A.H.A.; QUINTANILHA, J.A.; CHIARAVALLOTI-NETO, F. Influência de Pontos Estratégicos na dispersão de *Aedes aegypti* em áreas infestadas. *Revista de Saúde Pública*. 2018. No prelo.

BERLYNE, N. Diogenes syndrome. *Lancet*. 1975. p. 1-515.

BESNARD, M.; LASTERE, S.; TEISSIER, A.; CAO-LORMEAU, V.; MUSSO, D. Evidence of perinatal transmission of Zika virus, French Polynesia, December 2013 and February 2014. *Euro Surveill*. 2014;19(13): pii=20751

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Monitoramento dos casos de dengue e febre de chikungunya e doença aguda pelo zika vírus até a Semana Epidemiológica 25. SVS – Ministério da Saúde. Volume 49 nº Julho de 2018.

BRASIL, P.; PEREIRA, J. P. J. R.; GABAGLIA, C. R.; DAMASCENO, L.; WAKIMOTO, M.; NOGUEIRA, R. M. R.; SIQUEIRA, P. C.; SIQUEIRA, A. M.; CARVALHOLMA, CUNHA, D. C.; CALVETGA, NEVES, E. S.; MOREIRA, M. E.; BAIÃO, E. R. A.; CARVALHO, P. R. N.; JANZENC, VALDERRAMOS, S. G.; CHERRYJD, FILIPPIS, A. M. B.; AND NIELSEN-SAINES, K. Zika Virus Infection in Pregnant Women in. *The New England Journal of Medicine*. Rio de Janeiro: Preliminary Report, Mar. 4, Section A, p. 4, 2016.

BRASIL. Lei Nº 6.259 de, 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 out. 1975. p. 14433

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue. Ministério da saúde. FUNASA. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informação de agravos de notificação. Normas e rotinas. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2.ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2009a) Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 2009. p. 24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2015a) Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2015b). Instrutivo para Preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 1. ed. – Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2016a) Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 fev. 2016. p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2016b). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/dengue>>. Acessado em 19 dez 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2017a). Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/27457-atualizacao-ministerio-da-saude-divulga-casos-e-obitos-de-febre-amarela>>. Acessado em 27 jan 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (2017b). Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/links-de-interesse/1073-chikungunya/14716-o-que-e-a-febre-chikungunya>>. Acessado em: 24 jan 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (2017c). Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-zika>>. Acessado em: 29 jan 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (2018a). Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42655-febre-amarela-ministerio-da-saude-atualiza-casos-no-pais>>. Acessado em: 15 jul 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (2018b). Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43514-sao-paulo-registra-397-municipios-em-situacao-de-alerta-ou-risco-para-dengue-zika-e-chikungunya>>. Acessado em 13 ago 2018.

BRÖMER, R. The first global map of the distribution of human diseases: Friedrich Schnurrer's 'Charte über die geographische Ausbreitung der Krankheiten' (1827). *Medical History, Supplement* (20), 176-185, 2000.

BROWN, J. E.; EVANS, B. R.; ZHENG, W.; OBAS, V.; BARRERA-MARTINEZ, L.; EGIZI, A.; ZHAO, H.; CACCONE, A.; POWELL, J. R. Human impact shaves haped historic a land recent evolution in *Aedes aegypti*, the dengue and yellow fever mosquito. *Evolution; International Journal of Organic Evolution*, 68(2), 514-25, 2014.

CÂMARA, G.; DAVIS, C.; MONTEIRO, A. M. V. Introdução à ciência da geoinformação. INPE. Ministério da Ciência e Tecnologia. São José dos Campos, 2001.

CAMPOS, G. S.; BANDEIRA, A. C.; SARDI, S. I. Zika virus outbreak, Bahia, Brazil. *Emerging Infectious Diseases*. V. 21, n. 10, p. 1885-1886, 2015.

CANELAS, F. T.; CASTILHO-SALGADO, C.; RIBEIRO, H. Geografia da saúde e utilização de tecnologias de geoprocessamento. In: Ribeiro, H organizadora. *Geoprocessamento e saúde: muito além de mapas*. 1.ed. Barueri: Manole, p 1-29, 2017.

CAUSEY, O.; MAROJA, O. Mayaro virus: a new human disease agent. III. Investigation of an epidemic of acute febrile illness on the river Guama in Para, Brazil, and isolation of Mayaro virus as causative agent. *Am J Trop Med Hyg.* v. 6, p. 1017 – 1023, 1962.

CHIARAVALLLOTI, N. F. Descrição da colonização de *Aedes aegypti* na região de São José do Rio Preto, São Paulo. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* v. 30, n. 4, p. 279–85, 1997.

COIMBRA, T. L. M.; SANTOS, C. L. S.; SUZUKI, A.; PETRELLA, S. M. C.; BISCORDI, I.; NAGAMORI, A. H.; MARTI, A. T.; SANTOS, R. N.; FIALHO, D. M.; LAVIGNE, S.; BUZZAR, M. R.; ROCCO, I. M. Mayaro virus: imported cases of human infection in São Paulo state, Brazil. *Inst. Med. trop. São Paulo*, v. 49, n. 4, p. 221-224, 2007.

COONEY, C.; HAMID, W. Review: Diogenes syndrome. *Age Ageing*, v. 24, p. 451-453, 1995.

CONTEVILLE, L. C.; ZANELLAL, M. M. A.; FILIPPIS, A. D. E.; NOGUEIRA, R. M. R.; VICENTE, A. C. P.; MENDONÇA, M. C. L. Phylogenetic analyses of chikungunya virus among travelers in Rio de Janeiro, Brazil, 2014-2015. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 111, n. 5, p. 347-348, 2016.

CONTROL ECfDPa. (Rapid Risk Assessment: Zika Virus Epidemic in the Americas): Potential Association with Microcephaly and Guillain–Barré Syndrome; 2015. Disponível em: <<http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/rapid-risk-assessment-zika-virus-first-update-jan-2016.pdf>>. Acessado em 29 jan.2017.

COSTA, Z.G.A; ROMANO, A.P.M; ELKHOURY, A.N.M; FLANNERY, B. Evolução histórica da vigilância epidemiológica e do controle da febre amarela no Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude* 2011; 2(1):11-26

CUNHA, G. R.; MARTINS, C. M.; CECCON-VALENTE, M. F.; SILVA, L.L.; MARTINS, F. D.; FLOETER, D.; ROBERTSON, J. V.; FERREIRA, F.; BIONDO, A. W. Frequency and spatial distribution of animal and object holders behavior in Curitiba, Paraná State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n.2, 2017.

CVE. Centro de Vigilância Epidemiológica (2018a). Distribuição dos casos de dengue autóctones no Estado de SP, segundo o município de residência, por semana epidemiológica de início de sintomas, ano de 2018. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/dados/dengue/2018/dengue18_se.htm>. Acessado em 15 jul. 2018.

CVE. Centro de Vigilância Epidemiológica (2018b). Distribuição dos casos autóctones de Chikungunya no Estado de SP, segundo o município de residência, por semana epidemiológica de início de sintomas, 2018. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/dados/chikung/chikung18_se.htm>. Acessado em 15 jul. 2018.

CVE. Centro de Vigilância Epidemiológica (2018c). Distribuição dos casos autóctones DA Doença Aguda pelo Vírus Zika, segundo o município de residência, por semana epidemiológica do ano de início de sintomas. Estado de São Paulo, 2018. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/dados/zika/zika18_se.htm>. Acessado em 15 jul. 2018.

CVE. Centro de Vigilância Epidemiológica (2018d). Boletim epidemiológico Febre Amarela 25/06/2018. Estado de São Paulo, 2018. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/doc/famarela/fa18_boletim_epid_2506.pdf>. Acessado em 03 set. 2018.

CVE. Centro de Vigilância Epidemiológica (2018e). Distribuição de segundo coeficiente de incidência óbitos e letalidades ano de ocorrência. Estado de São Paulo. Período de 1988 a 2018. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/dados/peconhentos/peco_escorpiao.pdf>. Acessado em 25 out. 2018.

DECKARD, R. D. D. T.; CHUNG, W. M.; BROOKS, J. T.; SMITH, J. C.; WOLDAI, S.; HENNESSEY, M.; *et. al.* Male-to-male sexual transmission of Zika virus. Texas. Morb Mortal Wkly Rep, Apr 15; 65(14):372–4, 2016.

- DICK, G. W.; KITCHEN, S. F.; HADDOW, A. J. Zika virus. I. Isolations and serological specificity. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. DOI: 10.1056/NEJMoa1602412, v. 46, n. 5, 1952.
- DUFFY, M. R.; CHEN, T. H.; HANCOCK, W. T.; POWERS, A. M.; KOOL, J. L.; LANCIOTTI, R. S.; PRETRICK, M.; MARFEL, M.; HOLZBAUER, S.; DUBRAY, C.; GUILLAUMOT, L.; GRIGGS, A.; BEL, M.; LAMBERT, A. J.; LAVEN, J.; KOSOY, O.; PANELLA, A.; BIGGERSTAFF, B. J.; FISCHER, M.; HAYES, E. B. Zika virus outbreak on Yap Island, Federated States of Micronesia. N Engl J Med. v. 360, n. 24, p. 2536-2543, 2009.
- FAYE, O.; DIALLO, D.; WEIDMANNE, M.; SALL, A. A Quantitative real-time PCR detection of Zika virus and evaluation with field-caught Mosquitoes. Virology Journal. Oct 22; 10-311, 2013.
- FAZZIO, C. A. Acumuladores Obsessivos-Compulsivos. 2015. Disponível em: <<https://profceciliafazzio.wordpress.com/2015/04/21/acumuladores-obsessivos-compulsivos/>>. Acessado em 25 jan. 2017.
- FERNANDES, R. S.; CAMPOS, S. S.; FERREIRA-DE-BRITO, A.; MIRANDA, R. M.; BARBOSA, D. A.; SILVA, K. A.; CASTRO, M. G.; RAPHAEL, L. M.; BRASIL, P.; FAILLOUX, A. B.; BONALDO, M. C.; LOURENÇO-DE-OLIVEIRA, R. *Culex quinquefasciatus* from Rio de Janeiro Is Not Competent to Transmit the Local Zika Virus. PLoS Negl Trop Dis. Sep 6;10(9): e0004993, 2016
- FIGUEIREDO, L. T. M. Emergent arboviruses in Brazil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 40, n. 2, p. 224-229, 2007.
- FINKLER, C.L.L. Controle de Insetos: Uma Breve Revisão. Anais da Academia Pernambucana de Ciência Agrônômica, vols. 8 e 9, p.169-189, 2011/2012.
- FIORAVANTI, C. O alarme dos macacos. Revista Pesquisa Fapesp, Nº 263 jan/2018.
- FONTENELLE, J. M.; SANTANA, L. S.; LESSA, L. R.; VICTORIA, M. S.; MENDLOWICZMV, FONTENELLE, L. F. O Conceito do Insight em Pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Rev. Bras. Psiquiatria, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 77-82, mar. 2010.

GARCIA, M.B.S.; NETO, J.L.; MENDES, J.G.; XERFAN, F.M.F.; FRIEDE, R.R. Resíduos Sólidos: Responsabilidade Compartilhada. *Revista Científica Semioses*, Rio de Janeiro. v.9, n. 2, p. 77-91, jul/dez. 2015.

GARSKE T, MARIA D, VAN KERKHOVE MD, YACTAYO S, RONVEAUX O, LEWIS RF, STAPLES JE, PEREA W, FERGUSON NM. Yellow Fever Expert Committee. Yellow Fever in Africa: estimating the burden of disease and impact of mass vaccination from outbreak and serological data. *PLOS Medicine* 11(5): e1001638, 2014.

GETIS, A.; ORD, J. K. The Analysis of Spatial Association by Use of Distance Statistics. *Geographical Analysis*, v. 24, n. 3, 1992.

GOMES, A. C. Vigilância entomológica. *Inf. Epidemiol. Sus.* 2002, v.11, n. 2, p.79-90.

GRISHAM, J. R.; BROWN, T. A.; SAVAGE, C. R.; STEKETEE, G.; BARLOW, D. H. Neuropsychological impairment associated with compulsive hoarding. *Behavior Research and Therapy*, v. 45, n. 7, p. 1471-1483, 2007.

HARRINGTON, L. C.; PONLAWAT, A.; EDMAN, J. D.; SCOTT, T. W.; VERMEYLEN, F. Influence Of container size, location and time of day on oviposition patterns of the dengue vector, *Aedes aegypti*, in Thailand. *Vector Borne Zoonotic Dis.* DOI: 10.1089/vbz.2007.0203, v. 8, n.3, p. 415-423, 2008.

IBGE. Tabelas e gráficos com as pesquisas do IBGE sobre todas as cidades e estados do país. São Paulo (2018a) Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama>> Acessado em: 04 mar. 2018.

IBGE. Rede Brasileira de Monitoramento Contínuo dos Sistemas GNSS. Relatório de Informação de Estação POLI São Paulo (2018b). Disponível em <ftp://geofp.ibge.gov.br/informacoes_sobre_posicionamento_geodesico/rbmc/relatorio/De_scritivo_POLI.pdf>. Acessado em: 18 jul. 2018.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ. Reconheça as larvas do *Aedes aegypti*: elas fogem da luz. São Paulo, (2017a). Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=570&sid=32>>. Acessado em: 11 jan. 2017.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ. A dengue em números. São Paulo, (2017b). Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=570&sid=32> Acesso em: 11 jan. 2017.

JARCHO, S.; YELLOW, F. Cholera, and the Beginnings of Medical Cartography, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. v. 25, n. 1, p. 131-142, 1970.

JOHANSSON, M. A. Chikungunya on the move. *Trends Parasitol.* v.31, n. 2, p. 43-45, 2015.

KRAEMER, M. U.; SINKA, M. E.; DUDA, K. A.; MYLNE, A. Q.; SHEARER, F. M.; BARKER, C. M.; MOORE, C. G.; CARVALHO, R. G.; COELHO, G. E.; VAN BORTEL, W.; HENDRICKX, G.; SCHAFFNER, F.; ELYAZAR, I. R.; TENG, H. J.; BRADY, O. J.; LAMBRECHTS, L.; SCOTT, T.W.; ANDGUBLER, D. J. Consequences of the expanding global distribution of *Aedes albopictus* for dengue virus transmission. *PLoS Neglected Tropical Diseases* 4, e646, 2010.

LAMBRECHTS, L., SCOTT, T.W., GUBLER, D.J. (2010) Consequences of the expanding global distribution of *Aedes albopictus* for dengue virus transmission. *PLoS Neglected Tropical Diseases* 4(5): e646.

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

LONG, K.; ZIEGLER, S. A.; THANGAMANI, S.; HAUSSE, N. L.; KOCHER, T. J.; HIGGS, S.; TESH, R. B. Experimental Transmission of Mayaro Virus by *Aedes aegypti*. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* v.4, n. 85, p. 750-757, 2011.

MACIEL-DE-FREITAS, R.; LOURENCO-DE-OLIVEIRA, R. Presumed unconstrained dispersal of *Aedes aegypti* in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*. v. 43, n. 1, p. 8-12, Feb. 2009.

MASSAD, E., COUTINHO, F. A. B.; BURATTINIM, N.; LOPES, L. F. The risk of yellow fever in a dengue- infested area. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, v. 95, p. 370-374, 2001.

- MAYER, S. V.; TESH, R. B.; VASILAKIS, N. The emergence of arthropod-borne viral diseases: A global prospective on dengue, chikungunya and zika fevers. *Acta Tropica*, v. 166, p. 155-163, 2017.
- MESSINA, J. P.; PIGOTT, D. M.; SCOTT, T. W.; SMITH, D. L.; WINT, G. R.; GOLDING, N.; HAY, S. I. The global distribution of the arbovirus vectors *Aedes aegypti* and *Ae. albopictus*. *Elife*. DOI: 10.7554/eLife.08347. 2015.
- MORSE S.S, SCHLUEDERBERG, A. Emerging viruses: the evolution of viruses and viral diseases. *J Infect Dis*. 1990; 162:1–7.
- MORSE,S.S. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerging Infectious Diseases*, v. 1, n. 1, p. 7-15. 1995.
- MOTA, M. T. O.; TERZIAN, A. C.; SILVA, M. L. C. R.; ESTOFOLETE, C.; NOGUEIRA, M. L. Mosquito-transmitted viruses-the great Brazilian challenge. *Brazilian Journal of Microbiology*, n. 47, p. 38-50, 2016.
- MUSSO, D. Zika Virus Transmission from French Polynesia to Brazil. *Emerging Infectious Diseases*. v. 21, n.10, 2015.
- NSOESISEO, M. U.; KRAEMER, N.; GOLDING, D. M.; PIGOTT, O. J.; BRADY, C. L.; MOYES, M. A.; JOHANSSON, P. W.; GETHING, R.; VELAYUDHAN, K.; KHAN, S. I.; HAY, J. S.; BROWNSTEIN. Global distribution and environmental suitability for chikungunya virus, 1952 to 2015. *Euro Surveill*. DOI:10.2807/1560-7917.ES.2016.21.20.30234, v. 19, n. 21, p. 20, 2016.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Organização Mundial da Saúde. 2016. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4991:organizacao-mundial-da-saude-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional&Itemid=816>. Acessado em 29 jan. 2017.

- RAMOS, M.M.; MOHAMMED, H.; ZIELINSKI-GUTIERREZ, E.; HAYDEN, M. H.; LOPEZ, J. L. R.; FOURNIER, M.; TRUJILLO, A. R.; BURTON, R.; BRUNKARD, J. M.; ANAYA-LOPEZ, L.; BANICKI, A. A.; MORALES, P. K.; SMITH, B.; MUNÕZ, J. L.; WATERMAN, S. H. Epidemic dengue and dengue hemorrhagic fever at the Texas-Mexico border: results of a household-based sero epidemiologic survey,. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, v.3, n. 78, p. 364–9, 2008.
- RAMSAY, M. A. E.; JOHN, S. MD: anesthetist to the Queen of England and pioneer epidemiologist. *Proceedings (Baylor University Medical Center)*, v. 19, n. 1, p.24-28, 2006.
- REGIS, L. D.; ACIOLI, R. V.; SILVEIRA, J. C. JR.; MELO-SANTOS, M. A. V.; CUNHA, M. C. S.; SOUZA, F.; BATISTA, C. A. V.; BARBOSA, R. M. R.; OLIVEIRA, C. M. F.; AYRES, C. F. J.; MONTEIRO, A. M. V.; SOUZA, W. V. Characterization of the spatial and temporal dynamics of the dengue vector population established in urban areas of Fernando de Noronha, a Brazilian oceanic island. *Acta Tropica*, v. 137, p. 80–87, 2014.
- RITCHIE, S. A. Dengue vector bionomics: why *Aedes aegypti* is such a good vector. In: GUBLER D.J., OOI E.E., VASUDEVAN, S., FARRAR, J. Dengue and dengue hemorrhagic fever. Canberra, Australia: CSIRO Press, v. 80, p. 455–480, 2014.
- ROSENBERG, R. Detecting the emergence of novel, zoonotic viruses pathogenic to humans. *Cellular and Molecular Life Sciences*, DOI 10.1007/s00018-014-1785-yv. 72, p. 1115–1125, 2015.
- RUSSELL, R. C.; WEBB, C. E.; WILLIAMS, C.R.; RITCHIE, S. A. Mark-release-recapture study to measure e dispersal of the mosquito *Aedes aegypti* in Cairns, Queensland, Australia. *Medical and Veterinary Entomology*, v. 19, p. 451–457. 2005.
- SALINAS, R.E.A.; CHIARAVALLOTI N.F.; GIATTI L.L. Experiencias, beneficios y desafíos del uso de geoprocementamiento para el desarrollo de la atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e153.
- SAMUELS, J. F.; BIENVENU, O. J.; GRADOSMA, CULLEN, B.; RIDDLE, M. A.; LIANG, K. Y.; *et. al.* Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. *Behav Res Ther.*, v. 7, n. 46, p.836–44. 2008.

SÃO PAULO (Município). Lei Nº 13.399, de 1º de agosto de 2002. Dispõe sobre a criação de Subprefeituras no Município de São Paulo, e dá outras providências. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, 03 jan. 2003, p. 1.

SÃO PAULO (Município). Lei Nº 15.764, de 27 de maio de 2013. Dispõe sobre a criação e alteração da estrutura organizacional das Secretarias Municipais que especifica, cria a Subprefeitura de Sapopemba e institui a Gratificação pela Prestação de Serviços de Controladoria. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, 28 mai. 2013, p.1

SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. Desenvolvimento Urbano. Informes Urbanos: Aumenta a temperatura média de São Paulo, n. 9, jun. 2012.

SÃO PAULO (Município). Decreto Nº 57.570, de 28 de dezembro de 2016. Institui a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, 29 dez. 2016, p. 3.

SÃO PAULO (Município). Decreto Nº 57.588, de 10 de fevereiro de 2017. (2017a). Cria, nas Prefeituras Regionais, a Coordenadoria de Governo Local, transfere os cargos de provimento em comissão que especifica e prorroga o prazo previsto no artigo 61 do Decreto nº 57.538, de 16 de dezembro de 2016. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, 11 fev. 2017, p. 1.

SÃO PAULO (Município). Decreto Nº 57.857, de 5 de setembro de 2017. (2017b). Dispõe sobre a reorganização da Secretaria Municipal da Saúde, altera a denominação e a lotação dos cargos de provimento em comissão que especifica, bem como transfere cargos de provimento em comissão entre órgãos e do Quadro Específico de Cargos de Provimento em Comissão. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, 06 set. 2017, p. 3-26.

SÃO PAULO (2017c). Estado de São Paulo. Normas e Orientações Técnicas para Vigilância e controle de *Aedes aegypti*. Secretaria de Estado da Saúde Superintendência de Controle de Endemias. São Paulo. 2017

SÃO PAULO (2017d). São Paulo. Divisão de Vigilância de Zoonoses. Laboratório de Identificação e Pesquisa em Fauna Sinantrópica. Projeto de Monitoramento da Resistência do *Aedes aegypti* aos Inseticidas Utilizados pelo Programa Nacional de Controle da Dengue. [planilha de Excel]. 2017

SÃO PAULO (2018a). Prefeitura de São Paulo. Boletim arboviroses SE 18 de 02 de maio de 2018. Município de São Paulo. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/arbo_2018_1.pdf> Acessado em: 15 jul 2018.

SÃO PAULO (2018b). Prefeitura de São Paulo. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/regionais/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758> Acessado em 15 jul 2018.

SCOTT, T. W.; MORRISON, A. C.; LORENZLH, CLARKG, G.; STRICKMAN, D.; KITTAYAPONG, P.; ZHOU, H.; EDMAN, J. D. Longitudinal studies of *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae) in Thailand and Puerto Rico: population dynamics. *Journal of Medical Entomology*, v. 37, p. 77–88. 2000.

SILVA, P. S. A Organização Coletiva de Catadores de Material Reciclável no Brasil: dilemas e potencialidades sob a ótica da economia solidária. . Brasília: Ipea, 2017. (Texto para Discussão, n. 2268).

SRYGLEY, R. B.; DUDLEY, R. Optimal strategies for insects migrating in the flight boundary layer: mechanisms and consequences. *Integrative and Comparative Biology*. 2008. n.48, p. 119–133.

STRODE, G. K (ed.): Yellow fever. New York: McGraw-Hill, 710 pp. (1951).

TARANTO, M. F. R.; PESSANHA, J. E. M.; SANTOS, M.; ANDRADE, A. C. S. P.; CAMARGOS, V. N.; ALVES, S. N.; OLIVEIRA, C. L.; TARANTO, A.G.; SANTOS, L. L.; MAGALHAES, J. C.; KROON, E.G.; FIGUEIREDO, L. B.; DRUMOND, B. P.; FERREIRA, J. M. S. Dengue outbreaks in Divinópolis, south-eastern Brazil and the geographic and climatic distribution of *Aedes albopictus* and *Aedes aegypti* in 2011–2012. *Tropical Medicine and International Health*. Jan. 2015. v.20, n.1, p. 77–88.

TOLIN, D. F.; STEVENS, M. C.; VILLAVICENCIO, A. L.; NORBERG, M.M.; CALHOUN, V. D.; FROST, R.O.; STEKETEE, G.; RAUCH, S. L.; PEARLSONGD. Neural Mechanisms of Decision Making in Hoarding Disorder. *Jama Psychiatry*, Aug. 2012. v. 69, n.8.

UN WORLD URBANIZATION PROSPECTS. 2014. Disponível em: <<https://esa.un.org/unpd/wup/publications/files/wup2014-highlights.pdf>>. Acessado em 01 jan 2017.

VAZQUEZ-PROKOPEC, G. M.; KITRON, U.; MONTGOMERY, B.; HORNE, P.; RITCHIE, S. A. Quantifying the spatial dimension of dengue virus epidemic spread within a tropical urban environment. *Plos Neglected. Tropical Diseases*, 2010. v.4, n.12, p. 920.

VIEIRA, A. M. L. Vigilância epidemiológica de agravos causados por cães, área de abrangência da supervisão de vigilância em saúde de Vila Maria/ Vila Guilherme, município de São Paulo, período 2009 a 2012. 2014. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia Experimental aplicada à Zoonoses) – Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Universidade de São Paulo. São Paulo.

VIANA, D. V.; IGNOTTI, E. The occurrence of dengue and weather changes in Brazil: A systematic review. *Rev Bras Epidemiol* 2013. V. 2, n.16, p. 240-256.

WEISS, K.J. Hoarding, Hermitage, and the Law: Why We Love the Collyer Brothers. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2010. n.38, p. 251–257.

ZANLUCA, C.; MELO, V. C. A.; MOSIMANNAL, P.; SANTOS, G. I. V.; SANTOS, C. N. D.; LUZ, K. First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil. *Mem Inst Rio de Janeiro: Oswaldo Cruz*, v. 1, n.4, p. 569-572, Jun. 2015.

8. Anexos

Anexo 1. Termo de consentimento livre e esclarecido humano.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO HUMANO

Título do Projeto: **Análise espacial da relação entre acumuladores compulsivos e ocorrência de arboviroses envolvendo o mosquito *Aedes aegypti***

Esta análise tem como princípio fornecer informações do território da Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) Vila Maria/ Guilherme para o controle de *Aedes aegypti* e de doenças por ele veiculadas, como dengue, zika, chikungunya. Pretende também avaliar a relação entre a ocorrência destes agravos com imóveis que possuem objetos expostos e acumulados que servem como possíveis criadouros do mosquito. O seu imóvel reúne estas características e foi selecionado para participar desta pesquisa.

O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa na qual seu imóvel estará envolvido. Leia atentamente. Caso tenha dúvidas, teremos prazer em esclarecê-las. A qualquer momento se o(a) Sr./Sra quiser poderá desistir de participar e isso não causará nenhum prejuízo ao Sr./Sra nem ao seu imóvel. Caso concorde, o documento deverá ser assinado, e só então daremos início ao estudo. A sua participação nesta pesquisa ajudará a fornecer informações importantes à UVIS para melhoria do controle do mosquito e das doenças por ele veiculadas.

Caso o(a) Sr./Sra. concorde em participar do estudo, esta participação corresponderá a nos dar autorização para utilizarmos as seguintes informações, já coletadas pela UVIS, sobre o(a) Sr./Sra, e seu imóvel: endereço do imóvel, sexo e idade. Lembramos que seu endereço não será revelado, apenas será utilizado para posicionar seu imóvel em um mapa.

Certificamos que durante a execução do projeto os imóveis selecionados para esta pesquisa bem como seus moradores **não sofrerão quaisquer tipos de risco.**

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Receber uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido, conforme resolução 466/12.
3. Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
4. A desistência não causará nenhum prejuízo a mim;
5. A utilização do meu endereço será feita apenas para este estudo;
6. Quaisquer outras informações que diz respeito a mim serão protegidas e serão divulgadas apenas coletivamente;

7. Nenhuma ação causará qualquer tipo de dano à minha saúde;

8. A participação neste projeto não tem fins terapêuticos, nem terá custo algum para mim;

9. Concordo que os resultados deste estudo sejam divulgados em publicações científicas, desde que nem meu nome, nem meu endereço escrito e outras informações pertinentes a mim, sejam mencionados;

10. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP ou Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde de São Paulo, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar de livre e espontânea vontade do projeto de pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de 2018.

Nome do participante: _____ RG: _____

Munícipe

Pesquisador responsável: Samanta Gouveia Parisi

Orientador: Francisco Chiaravalloti Neto

Data: ____/____/____

Telefone: (011) 2905-2829

Vigilância Ambiental

UVIS Vila Maria/ Vila Guilherme

Anexo 2. Currículo Lattes Prof^o. Dr^o. Francisco Chiaravalloti Neto **Francisco Chiaravalloti Neto**

Índice de Produtividade em Pesquisas do CNPq - Nível 2

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1946507100982629>
Última atualização do currículo em: 03/01/2018

Possui graduação em Engenharia pela Escola Politécnica da USP (1981), especialização (1985), mestrado (1993) e doutorado (1999) em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP-USP). Obteve, em 2010, o título de Livre Docência pela FSP-USP. É Professor Associado do Departamento de Epidemiologia da FSP-USP. Desenvolve projetos de pesquisa nas áreas de Epidemiologia de Doenças Transmissíveis, em especial, as de Agentes Transmitidos por Vetores, e de Análise Especial em Saúde. É cadastrado como orientador nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e no Programa de Pós-Graduação em Entomologia em Saúde Pública (Mestrado Profissional), todos na FSP-USP. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome Francisco Chiaravalloti Neto
Nome em citações bibliográficas CHIARAVALLOTTI NETO, F.; Chiaravalloti-Neto, Francisco; Chiaravalloti Neto, Francisco; NETO, FRANCISCO; NETO, FRANCISCO CHIARAVALLOTTI; Francisco Chiaravalloti Neto; Neto FC; Francisco Chiaravalloti Neto; CHIARAVALLOTTI NETO, FRANCISCO; NETO, F. C.

Endereço

Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia.
Av. Dr. Arnaldo, 715
01246-904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617620

Formação acadêmica/titulação

1994 - 1999 Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Epidemiologia da dengue nas Regiões de São José do Rio Preto e Aracatuba, São Paulo, 1990 a 1996, Ano de obtenção: 1999.
Orientador: Prof. Dr. José Maria Soares Barreto.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.
1988 - 1993 Grande área: Ciências da Saúde.
Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Aedes aegypti na Região de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, Ano de Obtenção: 1993.
Orientador: Prof. Dr. Nilvane Aparecida dos Santos Lima Pereira.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.
Palavras-chave: Aedes aegypti; Vetores; Ecologia.
Grande área: Ciências da Saúde.
Setores de atividade: Saúde Humana.
1985 - 1985 Especialização em Engenharia de Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1976 - 1981 Graduação em Engenharia Civil.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Livre-docência

2010 Livre-docência.
Faculdade de Saúde Pública, FSP, Brasil.
Título: Estado da ocorrência da dengue em cidade de porte médio do estado de São Paulo, Ano de obtenção: 2010.
Palavras-chave: dengue; Epidemiologia; Análise Especial.

Formação Complementar

2014 - 2014	Introdução ao QuantumGIS. (Carga horária: 4h). Universidade Federal do Maranhão, UFMA, Brasil.
2006 - 2006	Análise Espacial de Dados Geográficos. (Carga horária: 40h). Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais, INPE, Brasil.
2006 - 2006	Introdução Ao Spring. (Carga horária: 40h). Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais, INPE, Brasil.
2006 - 2006	Fundamentos de Geoprocessamento. (Carga horária: 40h). Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais, INPE, Brasil.
2006 - 2006	Introdução Ao Spring. (Carga horária: 40h). Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais, INPE, Brasil.
2006 - 2006	Fundamentos de Geoprocessamento. (Carga horária: 40h). Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais, INPE, Brasil.
2004 - 2004	Planos Complexos de Amostragem. (Carga horária: 40h). Faculdade de Saúde Pública, FSP, Brasil.
2004 - 2004	Laboratório de Geoprocessamento Em Epidemiologia. (Carga horária: 40h). Faculdade de Saúde Pública, FSP, Brasil.
2003 - 2003	Aplicação do Geoprocessamento Em Epidemiologia. (Carga horária: 24h). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMED, Brasil.
2003 - 2003	Applied Sampling Sort Course. (Carga horária: 50h). Faculdade de Medicina da Usp, FMUSP, Brasil.

Atuação Profissional

Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, FFLCH-USP, Brasil.

Vínculo Institucional

2014 - Atual

Vínculo: , Enquadramento Funcional:

Faculdade de Saúde Pública da USP, FSP-USP, Brasil.

Vínculo Institucional

2012 - Atual

Vínculo: , Enquadramento Funcional:

Faculdade de Medicina da USP, FMUSP, Brasil.

Vínculo Institucional

2011 - Atual

Vínculo: , Enquadramento Funcional:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, EERP, Brasil.

Vínculo Institucional

2007 - Atual

Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: sem enquadramento

Faculdade de Saúde Pública, FSP, Brasil.

Vínculo Institucional

2010 - Atual

Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Professor Associado, Carga horária: 40, Regime: Dedicação exclusiva.

Atividades

03/2012 - Atual

Ensino, Graduação em Saúde Pública da FSP-USP, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas

HEP0145 - Epidemiologia Descritiva

HEP0179 - Análise Espacial em Epidemiologia

10/2011 - Atual

Conselhos, Comissões e Consultoria, Faculdade de Saúde Pública da USP, .

Cargo ou função

Membro da Comissão de Bolsas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da FSP-USP.

02/2011 - Atual

Ensino, Graduação em Enfermagem da EE-USP, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas

Epidemiologia

11/2010 - Atual

Conselhos, Comissões e Consultoria, Departamento de Epidemiologia, .

Cargo ou função

Membro da Comissão de Área de Concentração em Epidemiologia do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da FSP-USP.

Anexo 3. Currículo Lattes Samanta Gouveia Parisi

Samanta Gouveia Parisi

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/50144300313686152>
Última atualização do currículo em 04/02/2019

Graduada em Ciências Biológicas pela Universidade Paulista (2012), possui Mestrado Profissional em Entomologia em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública - USP (2018). Tem experiência na área de parasitologia e controle de vetores. Atualmente trabalha na Vigilância Ambiental com controle de zoonoses na Prefeitura de São Paulo. *(Texto informado pelo autor)*

Identificação

Nome Samanta Gouveia Parisi
Nome em citações bibliográficas PARISI, S. G.

Endereço

Endereço Profissional Prefeitura Municipal de São Paulo, UNIS Vila Maria/ Vila Guilherme.
Avenida Guilherme - alé 539/540
Vila Guilherme
02053000 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 29097740

Formação acadêmica/titulação

2016 - 2018	Mestrado profissional em Entomologia em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública (USP), PSP - USP, Brasil. Título: Pessoas em situação de acumulação ocofência de arboviroses envolvendo o mosquito <i>Aedes aegypti</i> , município de São Paulo, período 2013 a 2017., Ano de Obtenção: 2018. Orientador: Prof. Dr. Francisco Chiaravalloti Neto.
2014 interrompida	Especialização interrompida em 2015 em Formação de Professores para o Ensino Superior. Universidade Paulista, UNP, Brasil. Bolsista do(a): Universidade Paulista, UNP, Brasil. Ano de interrupção: 2015
2008 - 2012	Graduação em Ciências Biológicas. Universidade Paulista, UNP, Brasil. Título: Estrongiloidose, uma parasitose negligenciada. Orientador: Profa. Dra. Fabiana Martins de Paula. Bolsista do(a): Ministério da Educação - PROUNI, MEC, Brasil.
2004 - 2005	Curso técnico/profissionalizante. ETEC Carlos de Campos, KK, Brasil.
2003 - 2005	Ensino Médio (2º grau). ETEC Carlos de Campos, KK, Brasil.

Formação Complementar

2018 - 2018	Sistema Eletrônico de Informações (SEI) - Módulo I. (Carga horária: 3h). Prefeitura de São Paulo/ Planejamento, orçamento e gestão, PMSP, Brasil.
2018 - 2018	Sistema Eletrônico de Informações (SEI) - Módulo II. (Carga horária: 3h). Prefeitura de São Paulo/ Planejamento, orçamento e gestão, PMSP, Brasil.
2017 - 2017	Análise Espacial em Saúde Pública. (Carga horária: 40h). Faculdade de Saúde Pública (USP), PSP - USP, Brasil.
2017 - 2017	Capacitação em Instalação e Monitoramento de Ovitranças. (Carga horária: 3h). Prefeitura Municipal de São Paulo, PMSP, Brasil.
2017 - 2017	IX Ciclo de Atualização em Zoonoses: Tratamento de Acumulação. (Carga horária: 3h). Faculdade de Saúde Pública (USP), PSP - USP, Brasil.
2016 - 2016	Desafios à Educação Contemporânea. (Carga horária: 2h). Instituto Espaço Oliveiras, IEO, Brasil.