

Protocolo de Atenção à Pessoa em Situação de Acumulação

Setembro de 2025





Protocolo de Atenção à Pessoa em Situação de Acumulação

Araucária, 24 de setembro de 2025

Versão 2

Página | 2 de 74



PODER EXECUTIVO

PREFEITO

Luiz Gustavo Botogoski

VICE-PREFEITO

Tatiana Assuiti

SECRETÁRIO DE GOVERNO

Edison Roberto da Silva



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETÁRIA

Renata Knopik Botogoski

OUVIDORIA EM SAÚDE

Tatiane Vaz Storrer

DIREÇÃO GERAL

Débora Regina Sabino

DIREÇÃO TÉCNICA

Ana Beatriz Siqueira Xavier Pock

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Rodrigo Esposito Soares

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Carolina de Almeida Torres

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Nicolle Lucena da Silveira

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ana Maria Taborda

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA

Sirlene Dias Coelho

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Alexandro André Radin

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E AUDITORIA

Alana Elisabeth Kuntze Ferreira

NÚCLEO ADMINISTRATIVO FINANCEIRO

Fernanda Mello Ribeiro



ELABORAÇÃO

Representantes das Secretarias:

Saúde

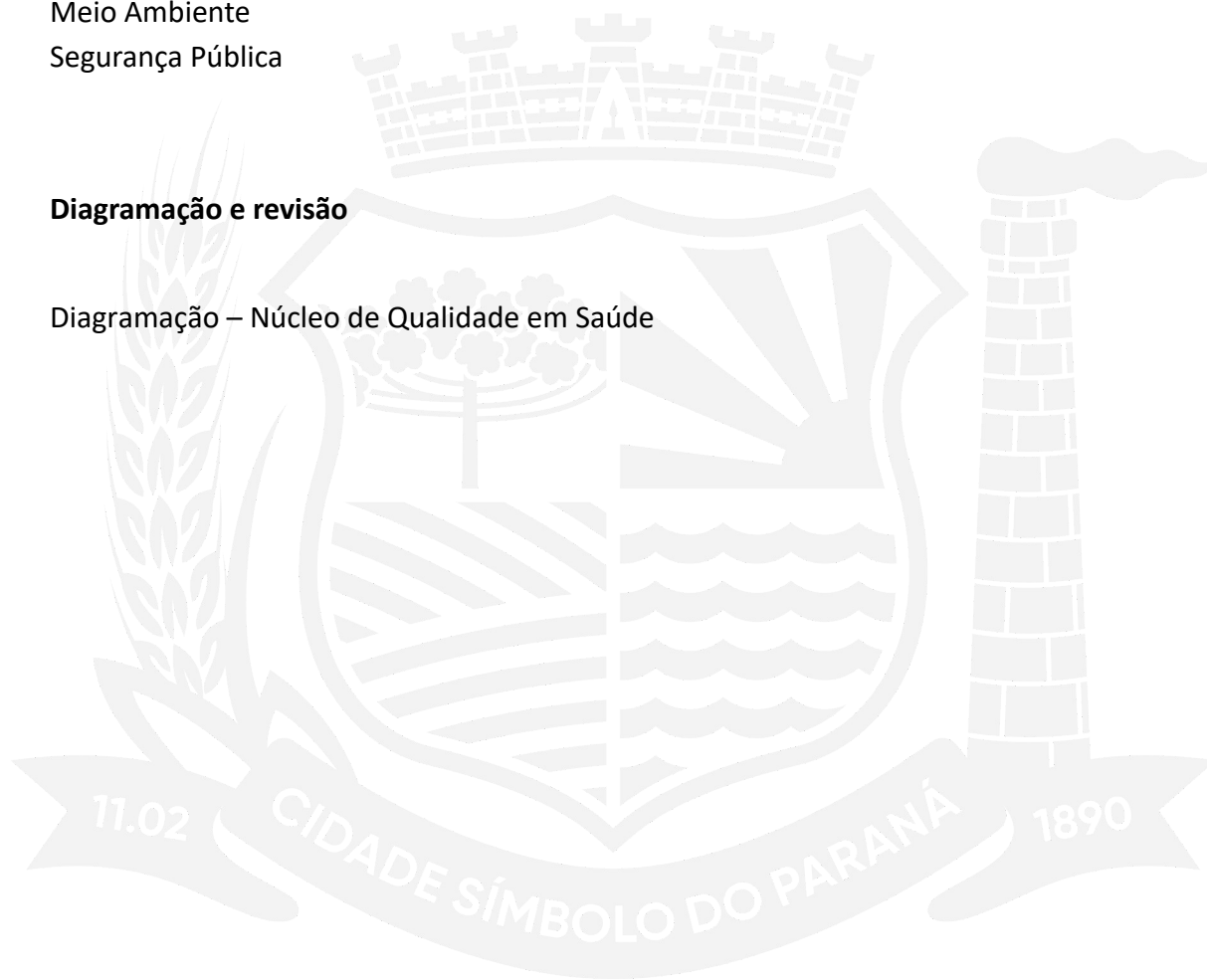
Assistência Social

Meio Ambiente

Segurança Pública

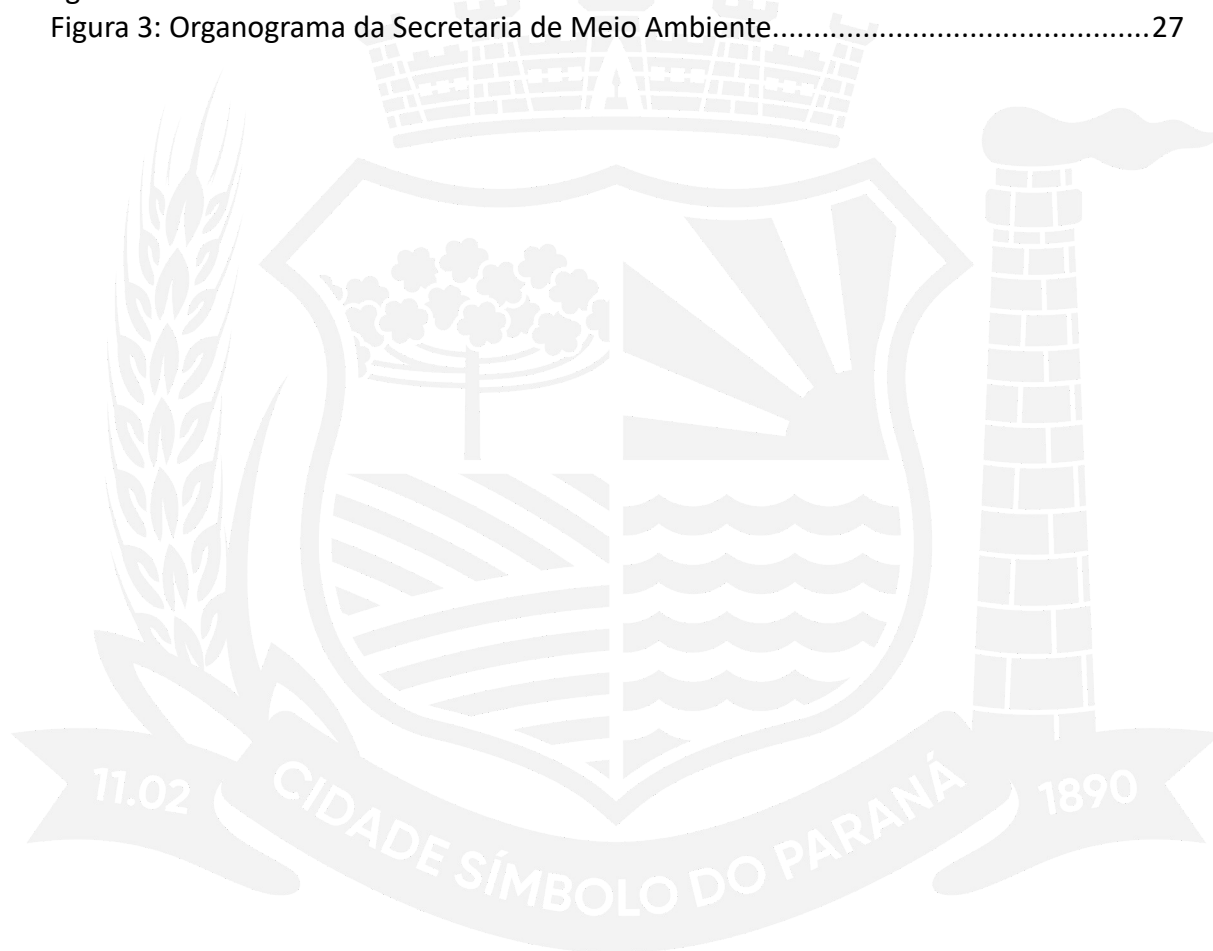
Diagramação e revisão

Diagramação – Núcleo de Qualidade em Saúde



LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxo de Atendimento em Saúde Mental às Pessoas em Situação de Acumulação.....	19
Figura 2: Exemplos de tipos de contaminantes, de vias de exposição e de doenças e agravos relacionados ao meio ambiente.....	23
Figura 3: Organograma da Secretaria de Meio Ambiente.....	27



LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social
DAP – Departamento de Atenção Primária
DAPS – Departamento de Atenção Psicossocial
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SMSA – Secretaria Municipal de Saúde de Araucária
SUAS – Sistema Único da Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TA – Transtorno de Acumulação
UBS – Unidade Básica de Saúde
VD – Visita Domiciliar



SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	9
2. INTRODUÇÃO.....	10
3. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO.....	12
3.1 Principais Aspectos a serem Analisados no Processo de Identificação.....	12
4. ACUMULADORES COMPULSIVOS E OS TRANSTORNOS MENTAIS.....	14
4.1 Diagnóstico do Transtorno de Acumulação e Outros Transtornos Mentais Relacionais.....	14
4.2 Cuidado em Saúde Mental de Pessoas com Comportamento de Acumulação... ..	16
4.3 Fluxo de Atendimento em Saúde Mental.....	17
5. ATUAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	19
5.1 Atribuições da Vigilância em Saúde Ambiental.....	20
5.2 Instrumentos e Metodologias da Vigilância em Saúde Ambiental.....	21
5.2.1 Prática Vigilância em Saúde Ambiental.....	21
5.3 Departamento de Vigilância em Saúde Frente a Pessoas em Situação de Acumulação.....	25
5.3.1 Divisão de Vigilância em Saúde Ambiental e do Trabalhador – DVSAT.....	25
5.3.2 Divisão de Vigilância Sanitária.....	26
6. ATUAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DO MEIO AMBIENTE.....	26
7. ATUAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	30
7.1 Proteção Social Básica.....	31
7.2 Proteção Social Especial – Média Complexidade.....	33
EQUIPAMENTOS DA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA E ESPECIAL – MÉDIA COMPLEXIDADE DO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA.....	35
8. INTERSETORIALIDADE E O TRABALHO COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO.....	37
8.1 Fluxo Geral De Atendimento À Pessoa Em Situação De Acumulação.....	45
9. REFERÊNCIAS.....	47
10. ANEXOS.....	51
ANEXO 1 - Estratificação de Risco em Saúde Mental SESA-PR.....	51
ANEXO 2 – Ficha de Notificação Obrigatória.....	65
11. APÊNDICES.....	68
APÊNDICE 1 – Planilha de Monitoramento dos Casos de Pessoas em Situação de Acumulação.....	68
APÊNDICE 2 – Formulário Para Visita Domiciliar À Pessoa Em Situação De Acumulação.....	70
12. HISTÓRICO DE REVISÕES.....	74



1. APRESENTAÇÃO

A construção de um Protocolo de Atenção à Pessoa em Situação de Acumulação se fez necessário no município de Araucária após equipes de diferentes serviços e Secretarias Municipais se depararem com notificações informais e conhecimento de casos de pessoas acumuladoras, e, ao mesmo tempo, devido à falta de um protocolo de apoio para a atenção adequada, com fluxo de atendimento e encaminhamento para outros serviços do município.

O protocolo a seguir pretende nortear os profissionais que estarão envolvidos nesse cuidado, assim como estabelecer um fluxograma de atendimento e descrever a função de cada Secretaria Municipal na Atenção à Pessoa com Transtorno de Acumulação, visando otimizar o acompanhamento da pessoa acumuladora e ampliar o cuidado intersetorial.



2. INTRODUÇÃO

Ao contrário do que muitos imaginam, acumular coisas é um hábito comum da humanidade, acumulamos roupas, sapatos, objetos diversos que na maioria das vezes pouco ou quase nunca utilizamos. Segundo pesquisadores, esse comportamento pode estar relacionado ao consumismo desenfreado estimulado pela sociedade capitalista, status social, sentimento de insegurança em momentos de crise como, por exemplo, durante a pandemia de Covid-19, período em que muitas pessoas acumularam objetos que sentiram ser necessários. Contudo, quando alguém começa a ter dificuldade em se desfazer de pertences, objetos, animais, etc. que para a maioria das pessoas seriam descartados com facilidade, esse comportamento tende a se tornar um problema que, dependendo da situação, pode se tratar de uma doença psiquiátrica conhecida como Transtorno de Acumulação.

Os fatores que levam uma pessoa a acumular de forma obsessiva são variados, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria é um fenômeno que não faz distinção de sexo ou condição econômica e que pode afetar em torno de 2,6% da população mundial, sendo esses percentuais mais elevados quando se trata de idosos e pessoas com algum outro transtorno mental associado. Mesmo não existindo dados estatísticos sobre a população brasileira em situação de acumulação, este tem se apresentado como um problema cada vez mais frequente. Alguns municípios já possuem legislação sobre o tema como o decreto municipal nº 57.570 da cidade de São Paulo que especifica situação de acumulação como “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 a outras causas.”

Por se tratar de um hábito doméstico e que ocorre de forma lenta e progressiva, na maioria dos casos, os acumuladores compulsivos somente são identificados quando a situação extrapolou a esfera do privado e se tornou um problema de saúde pública. Geralmente, nesses casos crônicos a pessoa acumuladora se encontra em sofrimento psíquico, com tendência ao isolamento social e recusa ajuda ou intervenção de terceiros. A junção desses fatores pode gerar exposição dos indivíduos a vulnerabilidades sociais, riscos ambientais e de saúde. Esses fatores de risco também podem se estender às pessoas que convivem de forma direta ou indireta com essa situação, como, por exemplo, familiares, vizinhos, etc, acarretando denúncias, reclamações e até mesmo, processos judiciais.



No município de Araucária são frequentes e repetidas as denúncias sobre pessoas em situação de acumulação. Devido à dificuldade de compilação dos dados e por não haver uma uniformização do fluxo de atendimento até o presente momento, não se tem um número exato de pessoas nesta situação. Habitualmente as denúncias são reportadas aos departamentos de saúde, meio ambiente e assistência social cabendo a esses identificar, avaliar e encaminhar essas demandas. Contudo, a falta de um fluxo definido sobre quais os procedimentos a serem adotados em relação aos casos suspeitos e/ou identificados de pessoas em situação de acumulação sempre foi um grande desafio para a gestão municipal.

Desta forma, com a justificativa de que os processos de trabalho entre os departamentos que atuam junto a esta temática necessitam urgentemente ser mais articulados entre si, o município de Araucária formulou este protocolo cujo objetivo principal é direcionar e regulamentar os fluxos de atendimento às pessoas em situação de acumulação do município. Também objetiva-se que esse documento propicie um maior esclarecimento do tema, pois, compreendemos que somente com práticas interdisciplinares será possível a integralidade do cuidado e a preservação de direitos às pessoas em situação de acumulação.

Esse protocolo foi elaborado em parceria entre profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Assistência Social e Secretaria Municipal de Meio Ambiente. No capítulo três apresentamos um breve conceito de pessoa em situação de acumulação e como identificá-la. No quarto capítulo discorremos essa temática pela ótica da saúde mental, abordando desde o diagnóstico até a atuação da RAPS no município de Araucária. No quinto e sexto capítulos apresentamos o Departamento de Vigilância Em Saúde e a Secretaria de Meio Ambiente do município de Araucária e sua atuação junto a esta temática. No sétimo capítulo descrevemos como o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) a partir dos seus dois níveis de ação (proteção social básica e proteção social especial) atuam na viabilização de direitos sociais as pessoas em situação em acumulação.

Refletindo o objetivo geral deste trabalho, será apresentado no oitavo capítulo a importância do trabalho pautado em ações articuladas a partir da perspectiva da intersetorialidade. Também explanaremos as novas estratégias de atuação junto a esse público que surgiram a partir das discussões para construção do protocolo, como, a criação do comitê intersetorial e a proposta da Política de Atenção Integral a Pessoa em Situação de Acumulação. Por fim, mas não menos importante apresentaremos o fluxo de atendimento estabelecidos pelo município de Araucária para os casos suspeitos ou identificados de pessoa em situação de acumulação.



3. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO

O primeiro passo para pensarmos no fluxo de atendimento e nas possíveis intervenções junto à pessoa em situação de acumulação é saber as formas de identificá-la. Atualmente não existe um padrão e nem um fluxo estabelecido e a identificação ocorre de formas diversas, como por exemplo, através de visitas domiciliares realizadas por Agentes de Combate a Endemias, Agentes Comunitários de Saúde e equipes de saúde das UBS, pelas equipes do CRAS, bem como através de denúncias direcionadas a diferentes órgãos feitas pela família ou pela própria comunidade local.

Quando os profissionais dos serviços são acionados e têm contato com a pessoa em situação de acumulação, e até mesmo quando conseguem ter acesso ao domicílio, devem ter um olhar atento para quem é essa pessoa, com quem vive, se há sofrimento psíquico e quais os possíveis impactos negativos da acumulação na sua qualidade de vida.

Não há um consenso na literatura sobre o perfil da pessoa acumuladora, porém, um dado importante citado em estudos analisados por Schmidt, et al (2014) sobre Transtorno de Acumulação é de que esse diagnóstico foi detectado em membros da mesma família em mais de 80% das pessoas acometidas pela doença. Outro dado importante sobre pessoas com T.A refere-se a questão etária, segundo os autores, mesmo podendo se manifestar ainda na infância ou adolescência a maioria dos casos os sintomas se tornam mais evidentes na idade adulta agravando-se com o passar dos anos.

As consequências negativas da acumulação estão presentes em diferentes âmbitos, como, por exemplo, nas atividades básicas, incluindo as de autocuidado como fazer a higiene pessoal, dormir, e também de poder transitar pela casa, cozinhar e limpar (APA, 2014). Outra consequência negativa gerada pela acumulação é a dificuldade de acesso a serviços, como por exemplo, fornecimento de água e eletricidade, uma vez que eventuais consertos estão inviabilizados pela acumulação. Outros agravantes gerados pela acumulação envolvem risco de quedas, de incêndio e diferentes riscos à saúde (APA, 2014).

3.1 Principais Aspectos a serem Analisados no Processo de Identificação

Segundo dados da literatura, os acumuladores são pessoas que por diversos fatores desenvolvem o hábito de reunir objetos e/ou animais domésticos de forma desordenada e desorganizada, comprometendo significativamente sua qualidade de



vida e de pessoas próximas. Dependendo da situação, essa prática também traz riscos ao meio ambiente como proliferação de doenças, incêndios, desabamentos, etc.

Por mais que num primeiro momento pareça algo simples e de fácil entendimento, identificar uma pessoa com comportamento de acumulação principalmente nos casos iniciais é algo bastante complexo. Um ponto extremamente importante refere-se a distinção entre coletores de materiais recicláveis e acumuladores de materiais/resíduos, assim como acumuladores de animais e protetores de animais.

Segundo definição exposta na Linha de cuidados para acumuladores compulsivos de animais e resíduos de Curitiba (Curitiba, 2018) dentre outras características os acumuladores de objetos se caracterizam por pessoas que acumulam grande quantidade de materiais orgânicos e recicláveis, sem destino lucrativo e possuem percepção reduzida dos problemas decorrentes dessa situação. Em contrapartida coletores de material reciclável trata-se de uma “categoria profissional muitas vezes informal, que realiza a coleta, seleção e venda de materiais recicláveis” esses trabalhadores quando não inseridos em cooperativas tem o costume de armazenar materiais em fardos em suas residências com o objetivo aglomerar certa quantidade que seja mais rentável para venda.

Referente à diferença entre acumuladores e protetores de animais, destacamos como acumuladores aqueles indivíduos que adquirem uma grande quantidade de animais e geralmente os mantêm em espaços inadequados ou em condições inseguras e insalubres, e assim como os acumuladores de objetos, não reconhecem os efeitos nocivos desse comportamento para o bem-estar dos animais, família, meio ambiente, assim como, para si próprio. De modo diferente os protetores de animais buscam a promoção de cuidados e bem-estar do animal, geralmente estão vinculados a uma rede de proteção animal e estimulam a adoção desses animais normalmente através de feiras de adoção.

Identificar as diferenças entre acumulador de resíduos e coletor de recicláveis, assim como, acumulador de animais e protetor de animais é extremamente importante no processo de intervenção, contudo por se tratar de um fenômeno multifatorial em algumas situações não será numa primeira abordagem que se conseguirá fazer essa distinção, muitas vezes são necessários várias visitas, contato com familiares ou conhecidos, análise de prontuários e principalmente vínculo com indivíduo para se compreender cada situação. Diante dessa complexidade, destacamos que o processo de identificação e posteriormente as intervenções a pessoas em situação de acumulação se tornam muito mais assertivas quando se parte do pressuposto de que o comportamento acumulador tem em sua origem uma história pregressa e que cada caso é particular e deve ser tratado na sua singularidade.



Deste modo, ciente de que pessoas em situação de acumulação possuem aspectos biopsicossociais¹ a serem considerados e importantes de serem observados pelos profissionais no momento da abordagem, principalmente em uma Visita Domiciliar. Neste protocolo serão apresentados os fluxos de atendimentos e um formulário com itens mínimos a serem observados em uma visita domiciliar, inspirado no Roteiro para Visita Domiciliar de Pessoas em Situação de Acúmulo de Objetos e/ou Animais da Prefeitura Municipal de Suzano-SP.

4. ACUMULADORES COMPULSIVOS E OS TRANSTORNOS MENTAIS

Ao identificarmos uma pessoa ou família com comportamento de acumulação é importante se atentar aos sinais e sintomas de adoecimento mental. Conforme mencionado no capítulo anterior, pessoas que acumulam geralmente apresentam algum grau de sofrimento psíquico e quanto mais crônico e severo o nível da acumulação maiores as chances de desenvolver uma doença psiquiátrica.

Antes da 5ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) não existia um diagnóstico específico para pessoas com sintomas de acumulação compulsiva. Comumente eram diagnosticadas com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) ou Transtorno de Personalidade Obsessiva Compulsiva (TPOC). Somente em 2013 após estudos científicos sugerirem as especificidades e diferenças em relação ao TOC, o DMS-5 inseriu o Transtorno de Acumulação como transtorno psiquiátrico no capítulo pertencente ao grupo dos Transtornos Obsessivo-compulsivo.

4.1 Diagnóstico do Transtorno de Acumulação e Outros Transtornos Mentais Relacionais

O DSM V (APA, 2014) tem como definição para o Transtorno de Acumulação a dificuldade para descartar ou se desfazer de pertences, independentemente do valor real, e consequente a isso, a acumulação desses pertences pode congestionar ambientes onde são armazenados e ficar inutilizáveis. Outro critério estabelecido é o impacto negativo em aspectos sociais, laborais, entre outros aspectos da vida da pessoa acometida, principalmente nos que apresentam maior *insight* sobre a sua situação, quando apresenta menor *insight*, essa pessoa pode não relatar sofrimento, porém quando outras pessoas fazem a tentativa de limpar, descartar ou desfazer os seus pertences, há presença de altos níveis de sofrimento mental.

Ao abordar essas características o DSM também levanta a questão dos acumuladores de animais, descrita como Síndrome de Noé. Essa forma especial do TA

¹ O modelo biopsicossocial é uma abordagem multidisciplinar que compreende as dimensões biológica, psicológica e social de um indivíduo. Ele se contrapõe ao modelo biomédico, que está centrado na doença e restringe-se aos fatores biológicos.



é a acumulação dos animais acompanhada pela falha em proporcionar padrões mínimos de nutrição, saneamento e cuidados veterinários.

De acordo com o DSM-5 os critérios diagnósticos do transtorno de acumulação são:

- Pacientes têm dificuldade persistente de descartar ou se desfazer dos bens, independentemente do valor real deles.
- A dificuldade de descartar ocorre por causa da necessidade percebida de guardar os itens e ao sofrimento associado com o descarte deles.
- Os bens acumulados congestionam e atravancam ambientes ativos (exceto porões ou áreas de armazenamento) e comprometem substancialmente a utilização prevista desses ambientes.
- A acumulação causa sofrimento significativo ou prejudica o funcionamento social, ocupacional ou de outras áreas.

Importante salientar que mesmo com a inserção no DSM-5, os critérios diagnósticos para o T.A ainda são bastante genéricos, segundo Schmidt, et al (2014) pesquisas concluíram que o comportamento de acumular constitui um diagnóstico cujo curso pode ocorrer concomitantemente a outros transtornos mentais, como Transtorno de personalidade, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Depressão, Demência, Esquizofrenia, TOC, Transtorno do Humor Bipolar, Fobia Social, entre outros². Deste modo como o comportamento do acumulador compulsivo ainda é uma síndrome pouco conhecida para a investigação e tratamento dessa patologia, se faz necessária a avaliação de equipe multidisciplinar.

Embora o DSM-5 (APA, 2013) não especifique os subtipos dessa psicopatologia para diagnóstico diferencial, dados da literatura fazem referência à existência de classificações para o TA, como acumuladores de matérias/objetos (síndrome de Diógenes) e de animais domésticos (Síndrome de Noé).

Sintetizando estudos de diversos pesquisadores descrevemos alguns comportamentos comuns entre pessoas com T.A:

- Adquirir objetos desnecessários torna-se um comportamento repetitivo;
- Medo de perder ou desfazer de objetos que possam vir a ser importantes no futuro;
- Comportamentos de indecisão, ao mesmo tempo em que referem desejo de se desfazer dos objetos ou animais demonstram conexão emocional associada;
- Crença de que ninguém pode cuidar tão bem de um animal quanto eles mesmos;

2 No DSM V são citados como diagnósticos diferenciais transtornos do neurodesenvolvimento, transtornos psicóticos, episódio depressivo maior, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos neurocognitivos e também outras condições médicas (lesões cerebrais traumáticas, doenças cerebrovasculares, infecções do sistema nervoso central ou condições neurogenéticas) (APA, 2014).



- Por diversos fatores apresentam dificuldade de realizar os cuidados básicos de que os animais precisam, mas continuam a mantê-los consigo;
- Ignoram que a inadequação dos cuidados com os animais e com o ambiente (acúmulo de objetos) pode comprometer a sua própria saúde e trazer riscos ao meio ambiente;
- Evitam contatos sociais;
- Apresentam procrastinação e dificuldade de planejar e organizar tarefas;

Conforme mencionado o T.A é compreendido como uma doença crônica, cujos sintomas tendem a agravar-se com o passar do tempo e à medida que mais objetos e/ou animais vão sendo acumulados. Essas pessoas apresentam, em sua maioria pensamentos distorcidos ou catastróficos acerca de desfazerem-se de suas posses, o que pode aumentar a recusa em abandonar os objetos coletados.

Referente aos fatores desencadeadores além das mudanças ambientais e sociais ocorridas nas últimas décadas como aumento da urbanização, fatores estressantes relacionados ao trabalho, violência, consumismo, uso abusivo de SPA, etc, pesquisas apontam que acumuladores compulsivos, podem ter vivenciado experiências de privação material em algum momento de suas vidas e experiências traumáticas na infância. Em estudo, sobre o tema Samuels et al. (2008) constataram presença de eventos negativos na infância como uso de disciplina física e familiares com transtornos psiquiátricos como algo em comum entre pessoas com comportamento de acumulação.

Deste modo salientamos que as intervenções psicoterapêuticas com pessoas acumuladoras envolvem uma série de fatores biopsicossociais e devem sempre ser focadas na diminuição do sofrimento apresentado pelo indivíduo ao descartar as coisas que acumulam.

4.2 Cuidado em Saúde Mental de Pessoas com Comportamento de Acumulação

Deste modo, compreendendo que pessoas com comportamento de acumulação compulsiva podem ser diagnosticadas com Transtorno de Acumulação e também que o sintoma de acumulação pode estar presente em outros transtornos mentais, se faz necessário entender quais equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) deverão ser acionados e em quais situações, para que o atendimento em Saúde Mental da pessoa acumuladora ocorra de maneira mais assertiva.

Conforme descrito na Portaria nº 3.088 de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a RAPS é composta por componentes em diferentes níveis de atenção. Na atenção básica de saúde, a Unidade



Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada do paciente com transtorno mental no SUS e é na UBS que devem ser fornecidos e articulados os cuidados para pessoas com transtornos mentais de baixa e média complexidade.

O CAPS compõe a RAPS como um dispositivo de atenção psicossocial especializada, em Araucária dispõe-se do CAPS II e do CAPS AD, sendo que o CAPS II atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e o CAPS AD atende pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Já em situações de urgência e emergência o ponto de atenção em Araucária é a UPA 24 horas, que pode ter o atendimento via procura direta ou pelo SAMU 192.

No município de Araucária a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde se desdobra em vários departamentos não cabendo a esse protocolo especificar cada um. Deste modo, salientamos que os cuidados em saúde de pessoas em situação de acumulação serão articulados entre o DAP – Departamento de Atenção Primária, o DAPS – Departamento de Atenção Psicossocial, DVS – Departamento de Vigilância em Saúde e o DUE – Departamento de Urgência e Emergência. No que se refere aos cuidados em saúde mental da pessoa em situação de acumulação compulsiva, as principais estratégias de intervenção serão incumbência do DAP e DAPS.

Segundo as normas e diretrizes da Portaria nº 2488/2011 que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica, cabe à atenção primária atuar no território desenvolvendo um conjunto de ações de forma individual ou coletiva de proteção, promoção e prevenção em saúde. Dentro dessa lógica se entende que pessoas identificadas em situação de acumulação compulsiva devem prioritariamente ser acompanhadas pelas equipes que atuam em seu território, na perspectiva do trabalho ampliado e cuidado compartilhado.

Deste modo é imprescindível a compreensão de que os serviços que compõem o DAPS, CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas, CAPS II: Centro de Atenção Psicossocial tipo II - Transtornos Mentais e o SECRIA: Serviço de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente são serviços especializados em saúde mental devem prioritariamente ser acionados pela atenção básica de saúde, a partir das UBS e UBSF.

4.3 Fluxo de Atendimento em Saúde Mental

O comportamento de acumulação, independentemente do nível, pode estar associado ao Transtorno de Acumulação ou a algum outro transtorno mental, deste modo, de acordo com o fluxo de saúde mental do município de Araucária, orienta-se que ao identificar situações de adoecimento mental em pessoas em situação de acumulação cabe a atenção primária promover de forma integral os cuidados em saúde e realizar a primeira avaliação em saúde mental.



Para apoiar essa avaliação, o fluxo de cuidado em saúde mental do município também estabelece a utilização do instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental da SESA (Anexo 10.1), que conforme capacitação realizada pelo DAPS, deve ser realizada por médicos, psicólogos e enfermeiros. A partir dessa avaliação, os casos pontuados com estratificação de baixo risco devem ser acompanhados pelas equipes da Unidade Básica de Saúde, quando pontuados com risco moderado devem ser acompanhados pela atenção primária através das equipes multiprofissionais e os de alto risco serão acompanhados pela atenção especializada. Com exceção dos casos de crise psiquiátrica, que devem ser encaminhados para os serviços de urgência/emergência (UPA).

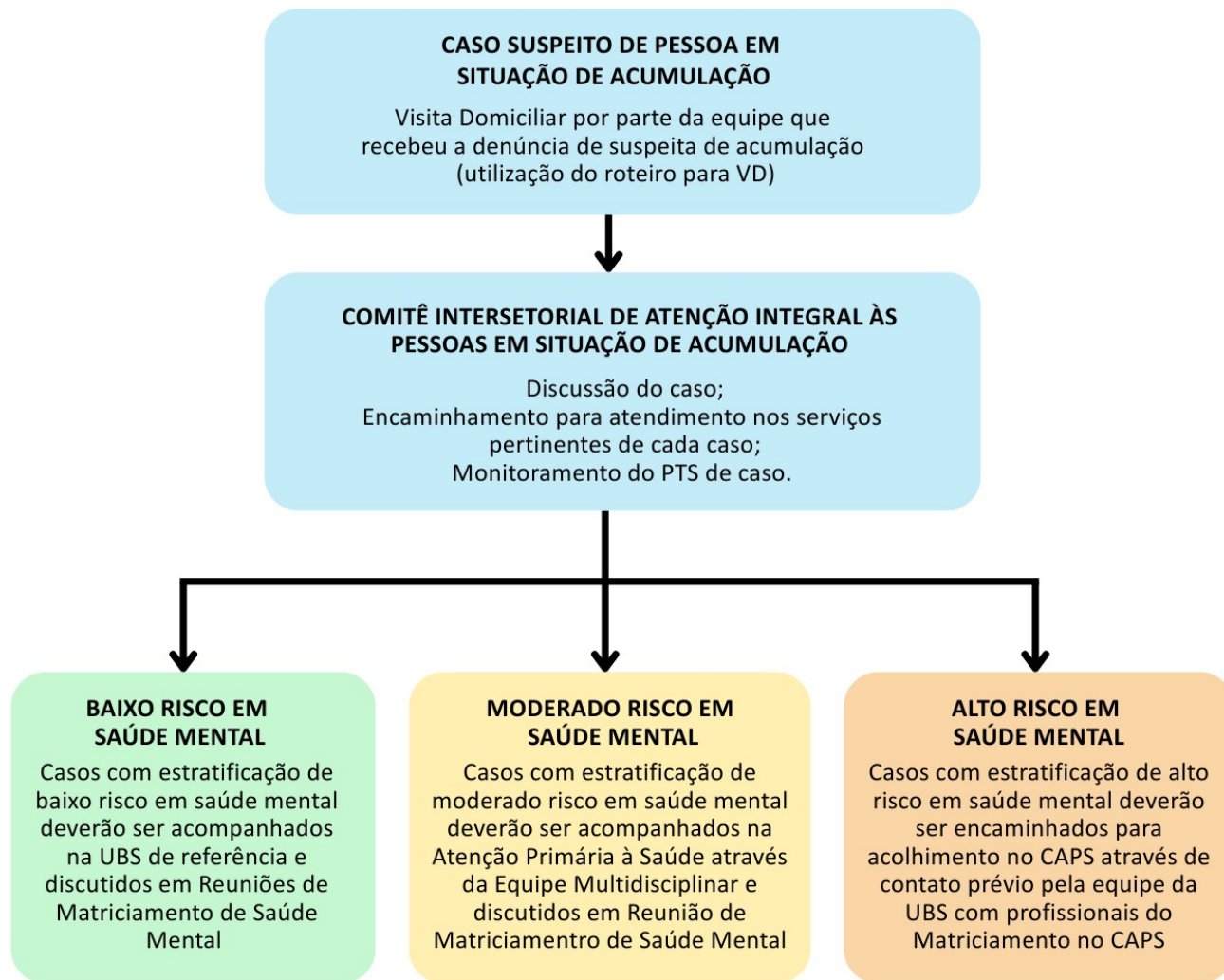
A partir da estratificação de risco, os casos de baixo e moderado risco em saúde mental, mas que apresentam refratariedade ao tratamento e/ou forem cronificados, precisam ser discutidos em reunião de matriciamento³ em saúde mental para que se defina em rede um plano de intervenção, e as condutas a serem tomadas, sob a ótica do cuidado integral e compartilhado. Seguindo a lógica do cuidado integral, os casos com estratificação de alto risco também poderão ser discutidos em matriciamento, visando maior integração das equipes quanto ao compartilhamento de cuidado desses casos. Lembrando que os serviços da atenção especializada em saúde mental do município realizam mensalmente ações de matriciamento em psiquiatria nas UBS, UBSF e semanalmente nos serviços de urgência/emergência.

Considerando o cuidado em saúde mental na RAPS, apresentaremos a seguir o fluxo de abordagem e atendimento:

3 De acordo com “O Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental” do Ministério da Saúde matriciamento ou apoio matricial trata-se de um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.



Figura 1: Fluxo de Atendimento em Saúde Mental às Pessoas em Situação de Acumulação



Fonte: Os autores, 2022

5. ATUAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde Ambiental é definida na Política Nacional de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2018a) como: “conjunto de ações e serviços 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 recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde”.

A Vigilância em Saúde Ambiental estrutura-se no pensar e no agir em saúde a partir de relações entre grupos populacionais e seu processo de exposição a fatores ambientais, a fim de compreender as complexas relações socioambientais existentes na produção de saúde e de adoecimento e na busca de soluções para a melhoria das condições de saúde da coletividade.

A exposição aos fatores ambientais não afeta todas as pessoas da mesma forma, variando conforme as suas características individuais (hábitos, predisposições, características genéticas etc.) e sociais (condição social, renda, escolaridade, cultura etc.). Assim, a Vigilância em Saúde Ambiental deve se orientar tendo como base os modelos locais de produção e a organização política, territorial, social e cultural.

A análise do território e dos fatores socioambientais que condicionam e determinam a saúde humana deve direcionar a elaboração de políticas públicas e ações estratégicas que fortaleçam a promoção, a prevenção e a assistência em saúde. A identificação e a compreensão das interrelações entre saúde humana e meio ambiente, em um determinado território, são essenciais para o planejamento e a execução de ações de Vigilância em Saúde Ambiental.

5.1 Atribuições da Vigilância em Saúde Ambiental

A Vigilância em Saúde Ambiental contribui para a integralidade da atenção à saúde, o que pressupõe a inserção de suas ações em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento em saúde, bem como na definição das estratégias e dos dispositivos de organização e fluxos da rede (BRASIL, 2018a).

Além da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano e da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Substâncias Químicas e Poluentes Atmosféricos, atribui-se à Vigilância em Saúde Ambiental os procedimentos de vigilância epidemiológica das doenças e dos agravos à saúde humana associados aos fatores ambientais.

Os fatores de risco relacionados aos desastres naturais e antropogênicos e o cenário de mudanças climáticas do País e do mundo também são objetos de atenção da Vigilância em Saúde Ambiental. Cada um desses fatores apresentam um modelo de atuação, com objetos e instrumentos específicos para elaboração de análise da situação de saúde ambiental ampla e integral do território, identificando as



vulnerabilidades das populações expostas ou potencialmente expostas, visando gerar informações para a tomada de decisão.

5.2 Instrumentos e Metodologias da Vigilância em Saúde Ambiental

A Vigilância em Saúde Ambiental utiliza instrumentos e metodologias de avaliação de risco para identificação, dimensionamento e caracterização do risco à saúde com o intuito de propor medidas de intervenção, sendo eles:

Avaliação de risco à saúde humana: Metodologia utilizada para a identificação dos riscos relacionados aos determinantes ambientais (*Agency for Toxic Substances and Disease Registry – ATSDR*), com o objetivo principal de determinar as rotas de exposição que relacionam o contaminante à população exposta. Para isso, é necessário:

- Identificar as principais substâncias químicas ou patógenos causadores da contaminação.
- Identificar as rotas de exposição da população às substâncias encontradas acima dos valores de referência nas matrizes ambientais (incluindo ponto e fonte de exposição, compartimento ambiental contaminado, vias de exposição e população receptora).
- Identificar os efeitos na saúde humana das principais substâncias químicas e patógenos identificados.
- Avaliar se, nas condições específicas de exposição, existem riscos para a saúde da população e, em caso positivo, recomendar ações de saúde de curto, médio e longo prazo, visando à interrupção da exposição e à promoção da saúde.

5.2.1 Prática Vigilância em Saúde Ambiental

A articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à Vigilância em Saúde Ambiental alinha-se ao conjunto de políticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, considerando a transversalidade das ações sobre a determinação do processo saúde-doença.

Nesse sentido, a análise de situação de saúde e o apoio laboratorial são atividades transversais e essenciais no processo de trabalho da Vigilância em Saúde Ambiental. Devem estar articuladas intra e intersetorialmente, mobilizando temas como clima, desastres, saneamento, recursos hídricos, biodiversidade, saúde do trabalhador, arboviroses, mobilidade urbana, geração de energia, processos



industriais, ambiente doméstico e rural, entre outras, com vistas ao aprimoramento da sua atuação nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde.

Para efeito de uma Vigilância em Saúde Ambiental integrada, a partir do território, são propostas três etapas:

1. Reconhecimento do território.
2. Identificação dos riscos relacionados aos determinantes ambientais de saúde.
3. Elaboração de plano de ação.

Etapa 1 – Reconhecimento do território

Sob a ótica da Vigilância em Saúde Ambiental, na etapa de reconhecimento do território, ocorre a caracterização das atividades, das situações e dos processos que afetam as matrizes ambientais e podem impactar a saúde humana; por exemplo, as atividades econômicas implantadas no território, a situação do saneamento ambiental, os processos geradores de poluição atmosférica, entre outros.

Para a realização do diagnóstico, deve-se, pelo menos, levar em consideração os seguintes itens:

- 1.1 Levantamento das atividades econômicas.
- 1.2 Mapeamento da situação do saneamento ambiental e dos recursos hídricos.
- 1.3 Diagnóstico do abastecimento de água.
- 1.4 Mapeamento de áreas contaminadas ou com suspeita de contaminação.
- 1.5 Mapeamento das fontes de poluição atmosférica e da qualidade do ar.
- 1.6 Levantamento de informações sobre clima e suas variações.
- 1.7 Mapeamento dos dados epidemiológicos das doenças relacionadas à Vigilância em Saúde Ambiental.
- 1.8 Mapeamento dos equipamentos sociais da comunidade.

Etapa 2 – Identificação dos riscos relacionados aos determinantes ambientais de saúde.

Após o levantamento das informações para o reconhecimento do território, é importante que se faça a identificação dos riscos à saúde (agravos ou doenças). Para



isso, devem-se considerar as informações sobre doenças e agravos, tipos de contaminantes, vias de exposição (Figura 2) e as vulnerabilidades das populações expostas ou potencialmente expostas identificadas, a partir de uma análise de situação de saúde ambiental.

Os métodos e os instrumentos a serem utilizados podem envolver desde análises descritivas simples a estudos de avaliação de risco para a definição da situação problema, incluindo a análise dos entes envolvidos. Nessas análises, diferentes versões da realidade e da pluralidade de perspectivas podem ser evidenciadas, subsidiando os gestores na tomada de decisão ou na recomendação de ações aos outros setores.

Figura 2: Exemplos de tipos de contaminantes, de vias de exposição e de doenças e agravos relacionados ao meio ambiente

TIPO DE CONTAMINANTES	VIA DE EXPOSIÇÃO
Biológicos Exemplos: <i>Cryptosporidium spp.</i> , <i>Giardia intestinalis</i> , <i>Toxoplasma gondii</i> , <i>Salmonella spp.</i> , <i>Vibrio cholerae</i> , vírus da hepatite A, rotavírus etc.	Ingestão de água contaminada.
	Respiração (inalação ou aspiração de aerossóis).
	Contato com os organismos patogênicos pelas mucosas, olhos e pele.
Químicos Exemplos: agrotóxicos, cianotoxinas e outras substâncias químicas orgânicas e inorgânicas, como benzeno, trálometanos, mercúrio, chumbo etc.	Ingestão de água contaminada ou de produtos químicos.
	Respiração (inalação de ar contaminado ou aspiração de aerossóis contendo as substâncias).
	Contato com produtos químicos pelas mucosas, olhos e pele.
Físicos Exemplos: material particulado (PM _{2,5} *; PM ₁₀ **).	Respiração (inalação ou aspiração de aerossóis).
	Contato (mucosas, olhos e pele).

*Material particulado inalável fino inferior a 2,5 microgramas por metro cúbico (PM_{2,5}).

**Material particulado inalável inferior a 10 microgramas por metro cúbico (PM₁₀).

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, 5ª Edição, 2022.

Etapas 3 – Elaboração de planos de ação.

A partir dos problemas e dos riscos identificados nas etapas anteriores, a equipe de Vigilância em Saúde Ambiental deve elaborar e coordenar um plano de ação com ações/medidas de intervenção com seus respectivos prazos e responsáveis, com o objetivo de controlar ou prevenir riscos à saúde da população.

Tendo em vista que a maioria dos problemas da Vigilância em Saúde Ambiental transcende a área da Vigilância em Saúde, ou mesmo o setor saúde como um todo, o plano de ação deve ser elaborado de forma integrada e articulada com as outras



vigilâncias, a assistência e os outros setores que podem intervir no território (órgãos de meio ambiente, saneamento, recursos hídricos, entre outros) e a sociedade.

A elaboração do plano de ação deve seguir as seguintes diretrizes:

- Planejamento conjunto com identificação de prioridades para atuação integrada, com base na análise da situação de saúde ambiental, no mapeamento das atividades de produção, consumo e infraestrutura e potencial impacto no território.
- Produção conjunta de protocolos, instrumentos, normas técnicas e atos normativos, com harmonização de parâmetros e indicadores no desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde Ambiental, para auxiliar na recomendação de ações a outros setores e a adequada comunicação de risco à população.
- Harmonização dos instrumentos de registro e notificação de doenças, agravos e eventos de interesse comum aos setores envolvidos.
- Proposição e produção de indicadores conjuntos para monitoramento e avaliação da situação de saúde ambiental.
- Investigação conjunta de surtos e eventos inusitados ou situação de saúde decorrentes de potenciais impactos ambientais de processos e atividades produtivas nos territórios, envolvendo a Vigilância em Saúde Ambiental.
- Produção conjunta de metodologias de ação, investigação, tecnologias de intervenção, monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde Ambiental.
- Retroalimentação entre os parceiros com informações sobre as ações desenvolvidas e os resultados de indicadores, de forma periódica e oportuna, para fortalecer as articulações estabelecidas.

Os processos de trabalho integrados com a atenção à saúde devem:

- Ser pautados pelo conhecimento epidemiológico; sanitário; social; demográfico; ambiental; econômico; cultural; político; de produção, trabalho e consumo no território; e organizados em diversas situações.
- Considerar o planejamento integrado da atenção, que contempla as ações de Vigilância em Saúde Ambiental e assistência à saúde como ferramenta para a definição de prioridades comuns para atuação conjunta, tomando como base a análise da situação de saúde ambiental e a avaliação dos riscos e vulnerabilidades do território.
- Considerar a colaboração necessária para a integração das diversas ações e serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde, a articulação das ações de promoção e proteção à saúde, a prevenção de doenças e agravos, e o manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias à detecção, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação.



- Estimular a participação da comunidade conforme estabelecido pelo Sistema Único de Saúde.
- Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas.
- Promover a comunicação e dar respostas de forma oportuna e proporcional.
- Realizar o planejamento, a programação e a execução de ações de Vigilância em Saúde Ambiental, tendo como base a análise da situação de saúde, identificando os fatores condicionantes e determinantes que interferem no risco de ocorrência de doenças e agravos, tais como: as necessidades de saúde no território, o grau e a forma de urbanização, produção, consumo e trabalho, as diferenças socioeconômicas, culturais e ambientais, entre outras.
- Realizar o monitoramento e a avaliação, pelas três esferas de governo, de modo a identificar problemas e possibilitar a revisão das estratégias definidas.

5.3 Departamento de Vigilância em Saúde Frente a Pessoas em Situação de Acumulação

Ao longo do tempo o DVS vem recebendo denúncias e reclamações de locais com questões higiênico-sanitárias inadequadas, como o acúmulo de resíduos, esgoto sanitário extravasando, criação de animais e de animais com suspeita de zoonoses.

O DVS é composto por 3 (três) divisões: Vigilância em Saúde Ambiental e do Trabalhador, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica, sendo que as duas primeiras recebem denúncias/reclamações via Ouvidoria Geral da Saúde, telefone, Ofícios do Ministério Público, ou através de outras Secretarias da Prefeitura, tendo os seus fluxos próprios de atendimento das mesmas:

5.3.1 Divisão de Vigilância em Saúde Ambiental e do Trabalhador – DVSAT

Atualmente, a UVZ – Unidade de Vigilância em Zoonoses está inserida na DVSAT. Deste modo, as denúncias são recebidas por este Setor através de ligações, Processos da Ouvidoria Geral da Saúde e solicitações do Ministério Público. Após o recebimento das mesmas os técnicos se dirigem ao local para averiguar as condições e, dependendo do caso prestam orientações, elaboram Relatórios de Inspeção contendo prazos para adequações e, se necessário, autuam o responsável pelo local. Caso seja identificada a suspeita de situação de acumulação (tanto de objetos, quanto de animais), o DVSAT encaminhará o caso ao Comitê para os procedimentos necessários em conjunto com os outros órgãos;



5.3.2 Divisão de Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária recebe denúncias via Ouvidoria Geral da Saúde ou Ministério Público, a respeito de más-condições higiênico-sanitárias: como esgoto extravasando, criação de animais, etc. Após, é enviada Notificação ao proprietário para adequação das irregularidades. Caso a situação não seja resolvida em um primeiro momento, poderá ser aberto Processo Administrativo, tendo como base legal o Código de Posturas Municipal (Lei Complementar nº 20/2020) e o Código Sanitário do Estado (Lei nº 13.331/01 e Decreto Estadual nº 5711/2002).

Caso seja identificada suspeita de situação relacionada a zoonoses/endemias, a Vigilância Sanitária encaminha a reclamação à DVSAT.

Através da implementação deste Protocolo de Atenção à Pessoa em Situação de Acumulação, será possível encaminhar tanto os casos recebidos pela DVSAT, quanto pela VISA diretamente ao Comitê, regulamentado via Decreto.

6. ATUAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DO MEIO AMBIENTE

A Secretaria Municipal do Meio Ambiente, segundo a Lei Municipal nº 3304/2018 em seu artigo 2º, possui as seguintes competências:

Art. 2º Fica alterado o art. 27 da Lei Municipal nº 1.547, de 14 de janeiro de 2005, que passa a vigorar com a seguinte redação:

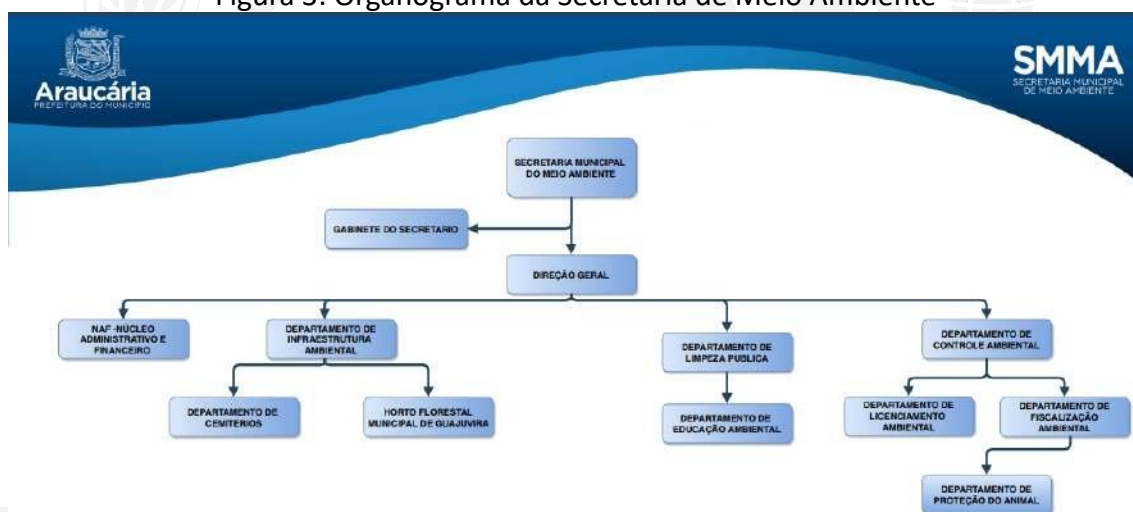
Art. 27 É de competência da Secretaria Municipal de Meio Ambiente a programação, coordenação e execução da política municipal de meio ambiente; a manutenção e a operacionalização do fórum permanente da Agenda 21 – Construindo a Araucária do Futuro; o desenvolvimento de parcerias em pesquisas referentes à fauna, flora, qualidade do ar, da água, do solo, de educação ambiental e outros aspectos da gestão ambiental local; o planejamento, o gerenciamento, a execução e a fiscalização de projetos, programas e ações de sensibilização e de educação ambiental formal e não formal; a realização do levantamento, cadastro, manutenção, conservação e fiscalização de reservas florestais, áreas verdes e fundos de vale urbanos e rurais; o monitoramento e o combate permanente à poluição, aos crimes e as infrações ambientais; a apreensão e o encaminhamento de animais silvestres; a criação de novos parques e áreas verdes; a administração, a manutenção, a conservação, a exploração e a fiscalização ambiental e da ocupação social de parques, praças, bosques e hortos municipais, bem como o gerenciamento, a supervisão, a fiscalização, a coordenação e a execução das atividades de roçadas em áreas do Município, incluindo parques e praças; o gerenciamento, a execução e a fiscalização de projetos



paisagísticos e serviços de jardinagens e arborização nas praças, parques e vias públicas urbanas; o gerenciamento, a execução e a fiscalização dos serviços de limpeza pública (varrição, coleta e destinação final de resíduos domiciliares, de serviço de saúde e recicláveis); a fiscalização dos serviços de saneamento (água e esgoto); a administração e manutenção dos cemitérios e capelas funerárias públicas e fiscalização dos serviços funerários, cemitérios e capelas funerárias particulares; a execução orçamentária de sua área, e outras atividades correlatas. (NR)

A Secretaria de Meio Ambiente apresenta o seguinte organograma:

Figura 3: Organograma da Secretaria de Meio Ambiente



Os principais departamentos relacionados ao transtorno de acumulação são: departamento de limpeza pública (acúmulo de objetos e resíduos) e departamento de proteção do animal (acúmulo de animais).

Departamento de Limpeza Pública: este departamento é responsável atualmente pela coleta de resíduos do Município sendo orgânicos, recicláveis, vegetal e demais resíduos volumosos; varrição de vias, roçada de vias públicas, espaços municipais, parques e praças.

Com relação a possíveis transtornos de acumulação, o departamento pode receber denúncias via ouvidoria municipal, telefone da Secretaria Municipal de Meio Ambiente ou outros órgãos da Prefeitura. O departamento verificará a procedência da mesma e caso seja constatado algum transtorno de acumulação, a situação está sendo encaminhada ao Comitê de Acumuladores.



O departamento de Limpeza Pública, após constatado os fatos e posterior deliberação do Comitê de Acumuladores poderá oferecer a retirada e a destinação final dos resíduos provenientes dos casos de acumulação.

A legislação utilizada é a Lei Complementar nº 26/2020, que dispõem sobre o Código de Obras e Edificação do Município de Araucária; Lei Complementar nº 23/2020, que dispõem sobre o Código de Posturas do Município de Araucária e; Lei Municipal nº 2343/2011, “que institui o plano integrado de gerenciamento de resíduos da construção civil para o Município de Araucária e dá outras providências”.

Departamento de Proteção do Animal: este departamento está vinculado ao departamento de fiscalização ambiental, onde suas principais atividades atualmente são:

- Fiscalização de maus-tratos aos animais: as denúncias são recebidas via site da Prefeitura. Após recebida, uma equipe verificará se a mesma é procedente ou não. Caso as mesmas sejam procedentes, pode-se tomar algumas resoluções como advertência verbal ao denunciado com orientações sobre os procedimentos corretos a serem tomados para o bem-estar dos animais. Caso novas solicitações do mesmo endereço cheguem até o departamento, o denunciado pode ser notificado, com um prazo para resolução do problema e caso seja uma situação grave, o mesmo pode ser autuado. A resolução nº 1.236/2018 do Conselho Federal de Medicina Veterinária elenca em seu art. 5º uma listagem do que pode ser considerado maus-tratos, podendo-se considerar alguns relacionados ao transtorno da acumulação:

X – manter animais em número acima da capacidade de provimento de cuidados para assegurar boas condições de saúde e de bem-estar animal, exceto nas situações transitórias de transporte e comercialização;

XI – manter animal em local desprovido das condições mínimas de higiene e asseio;

XIII – manter animais em condições ambientais de modo a propiciar a proliferação de microrganismos nocivos.

- A legislação utilizada pelo departamento de proteção do animal para punição de maus-tratos é a Lei Federal nº 9.605/98, que em seu art. 32º diz:

Art. 32. Praticar ato de abuso, maus-tratos, ferir ou mutilar animais silvestres, domésticos ou domesticados, nativos ou exóticos:

Pena – detenção, de três meses a um ano, e multa.

§ 1º Incorre nas mesmas penas quem realiza experiência dolorosa ou cruel em animal vivo, ainda que para fins didáticos ou científicos, quando existirem recursos alternativos.



§ 1º- *A Quando se tratar de cão ou gato, a pena para as condutas descritas no caput deste artigo será de reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, multa e proibição da guarda. (Incluído pela Lei nº 14.064, de 2020)*

§ 2º *A pena é aumentada de um sexto a um terço, se ocorre morte do animal.*

E o valor da autuação é estipulado conforme o Decreto nº 6.514/08, em seu art. 29º:

Art. 29º Praticar ato de abuso, maus-tratos, ferir ou mutilar animais silvestres, domésticos ou domesticados, nativos ou exóticos: Multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais) por indivíduo.

Casos de denúncias em que são verificadas pela equipe de fiscalização algum transtorno de acumulação de animais, o departamento até o presente momento encaminha um ofício para a Secretaria Municipal de Assistência Social para verificação se a família é assistida pelo município de alguma forma. No momento da vistoria, a família é orientada sobre o Programa de Castração Solidária e seus benefícios, e caso os mesmos se interessem e tenham disponibilidade de levar o(s) animal(is) até o local da próxima campanha, é realizado o cadastro dos animais e posteriormente encaminhado orientações do agendamento.

Programa de Castração Solidária: realização de campanhas mensais do procedimento de castração em determinadas regiões do município de cães e gatos, com solicitações e agendamentos prévios.

Atendimento emergencial de animais em sofrimento em via pública: atendimento básico a animais em situação de rua. Estes atendimentos são solicitados por munícipes que se dispõem a acompanhar o atendimento no local.



7. ATUAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 203, institui a Assistência Social como um direito do cidadão e dever do Estado. A partir de 1993, com a publicação da Lei 8742/93 Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, é definida como Política de Seguridade Social, compondo o tripé da Seguridade Social, com a Saúde e Previdência Social, com caráter de Política Social articulada a outras políticas do campo social, é uma política de estado não contributiva, ou seja, deve atender a todos os cidadãos que dela necessitem sem exigir contrapartida financeira. A Política de Assistência Social se materializa através da oferta ações integradas entre a iniciativa pública, privada e da sociedade civil, tendo por objetivo garantir a proteção social à família, à infância, à adolescência, à velhice; amparo a crianças e adolescentes carentes; à promoção da integração ao mercado de trabalho e a reabilitação e promoção de integração à comunidade para as pessoas com deficiência e o pagamento de benefício assistencial aos idosos e às pessoas com deficiência. Em 2004 é instituída a Política Nacional de Assistência Social através da resolução 145/2004 do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS. Em 2005, é instituído o Sistema Único de Assistência Social – SUAS, através da resolução no 33/2005 do CNAS, que se estabelece como um sistema descentralizado e participativo, que tem por função a gestão da Política de Assistência Social no campo da proteção social e as diretrizes de funcionamento em todo o território nacional.

O SUAS organiza as ações da Assistência Social em dois níveis de proteção social. O primeiro é a Proteção Social Básica, destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. O segundo é a Proteção Social Especial, destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros aspectos.

Os serviços socioassistenciais no SUAS são organizados segundo as seguintes referências: vigilância social, proteção social e defesa social e institucional:

- **Vigilância Social:** significa a produção de informações, indicadores e índices territorializados que apontem as situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social que ocorram em famílias e/ou indivíduos. Em decorrência do ciclo de vida: crianças, adolescentes, jovens, adultos; pessoas com redução da capacidade pessoal, com deficiência ou em abandono; crianças e adultos vítimas de exploração, de violência e de ameaças; vítimas de preconceito por etnia, gênero e orientação sexual;



vítimas de segregação social. Abrange também os padrões dos serviços de assistência social em especial aqueles que operam em forma de albergues, abrigos, residências, residências provisórias nas diferentes faixas etárias.

- **Proteção Social:** segurança de sobrevivência ou de rendimento e de autonomia: através de benefícios continuados e eventuais que assegurem: proteção social básica a idosos e pessoas com deficiência sem fonte de renda e sustento; pessoas e famílias vítimas de calamidades e emergências; situações de forte fragilidade pessoal e familiar, em especial às mulheres chefes de família e seus filhos; segurança de convívio ou vivência familiar: através de ações, cuidados e serviços que restabeleçam vínculos pessoais, familiares, de vizinhança, de segmento social, mediante a oferta de experiências socioeducativas, lúdicas, socioculturais, desenvolvidas em rede de núcleos socioeducativos e de convivência para os diversos ciclos de vida, suas características e necessidades; segurança de acolhida: através de ações, cuidados, serviços e projetos operados em rede com unidade de porta de entrada destinada a proteger e recuperar as situações de abandono e isolamento de crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, restaurando sua autonomia, capacidade de convívio e protagonismo mediante a oferta de condições materiais de abrigo, repouso, alimentação, higienização, vestuário e aquisições pessoais desenvolvidas através de acesso às ações socioeducativas;

- **Defesa Social e Institucional:** a proteção básica e especial devem ser organizadas de forma a garantir aos seus usuários o acesso ao conhecimento dos direitos socioassistenciais e sua defesa. São direitos socioassistenciais a serem assegurados na operação do SUAS a seus usuários: Direito ao atendimento digno, atencioso e respeitoso, ausente de procedimentos vexatórios e coercitivos; Direito ao tempo, de modo a acessar a rede de serviço com reduzida espera e de acordo com a necessidade; Direito à informação, enquanto direito primário do cidadão, sobretudo àqueles com vivência de barreiras culturais, de leitura, de limitações físicas; Direito do usuário ao protagonismo e manifestação de seus interesses; Direito do usuário à oferta qualificada de serviço; Direito de convivência familiar e comunitária.

7.1 Proteção Social Básica

Proteção Social Básica tem como objetivo prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivos



– relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras).

A Proteção Social Básica tem como porta de entrada do Sistema Único da Assistência Social os Centros de Referência de Assistência Social – CRAS.

CRAS – CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: É uma unidade pública estatal descentralizada da Política de Assistência Social responsável pela organização e oferta dos serviços de Proteção Social Básica do SUAS nas áreas de vulnerabilidade e risco social do município, por estar inserido no território se caracteriza como a principal porta de entrada do SUAS, ou seja, é a unidade que possibilita o acesso de um grande número de famílias à rede de proteção social da assistência social. O CRAS deve ser localizado prioritariamente em áreas de maior vulnerabilidade social, visando ofertar os serviços de Assistência Social, com o objetivo de fortalecer a convivência com a família e com a comunidade e o enfrentamento às situações que geradoras de risco. A equipe de referência do CRAS é definida pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social de 2006 (NOB/RH SUAS) que conforme o porte do CRAS define a composição da equipe de acordo com a quantidade de famílias que são atendidas na região. É no CRAS que são ofertados os principais serviços da Proteção Social Básica: o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV e o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para pessoas Idosas e Pessoas com Deficiência – PSB a Domicílio.

O CRAS também é o equipamento responsável pelo acesso a programas de transferência de renda que visam a emancipação das famílias em situação de extrema pobreza. O Cadastro Único, registro criado pelo Governo Federal e operacionalizado pelos municípios, que permite entender como vivem as pessoas de baixa renda, bem como, onde estão concentradas, é a porta de entrada para benefícios sociais, tais como: Programa Auxílio Brasil, Programa Leite das Crianças do governo do Estado do Paraná, Tarifa Social (água e energia elétrica), Programa Renda Cidadã (Município de Araucária), dentre outros. Dessa forma é possível perceber que diversas famílias que acessam tais programas, tem como modo de sobrevivência o trabalho informal com reciclagem, de modo que, é necessário um olhar cuidadoso na identificação de acumulação de materiais e seu comércio. Para os cidadãos que trabalham com reciclagem, os materiais possuem valor monetário, que além de se caracterizar como material de trabalho, são comercializados e geram renda para família; enquanto que para o acumulador compulsivo, existe nos materiais o valor afetivo, onde, não conseguem se desfazer dos materiais por questões emocionais.



Ao identificar situações envolvendo transtorno de acumulação, tanto de materiais, quanto de animais, o atendimento social se dará da seguinte maneira:

- Avaliação da situação de vulnerabilidade e risco social;
- Avaliar possível inserção em programas e serviços de proteção social;
- Encaminhamentos para acesso a outras políticas: trabalho, qualificação profissional, educação, esporte e lazer, cultura, etc;
- Promoção do acesso à documentação;
- Identificar familiares e rede de apoio;
- Inserção no PAIF e no SCFV

Quando identificadas situações de violação de direitos a família ou indivíduos, deve ser realizado o encaminhamento à Rede de Proteção Local e realizada Notificação Obrigatória, havendo assim a intervenção dos equipamentos da média complexidade da assistência social: CREAS, CRAM e Centro POP;

7.2 Proteção Social Especial – Média Complexidade

CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social: Equipamento destinado ao atendimento de famílias e indivíduos que vivenciam violações de direitos por ocorrência de:

- Violência física, psicológica e negligência;
- Violência sexual: abuso e/ou exploração sexual;
- Tráfico de pessoas;
- Situação de rua e mendicância;
- Abandono;
- Vivência de trabalho infantil;
- Discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia;

Outras formas de violação de direitos decorrentes de discriminações/submissões a situações que provocam danos e agravos a sua condição de vida e os impedem de usufruir autonomia e bem-estar.

O atendimento fundamenta-se no respeito à heterogeneidade, potencialidades, valores, crenças e identidades das famílias. O serviço articula-se com as atividades e ações prestadas às famílias nos demais serviços socioassistenciais, nas diversas políticas públicas e com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos. Deve garantir atendimento sistemático, continuado e providências necessárias para a inclusão da família e seus membros em serviços socioassistenciais e/ou em programas de transferência de renda, de forma a qualificar a intervenção e restaurar direitos. A



intervenção com famílias e indivíduos que se encontram com direitos violados acontece por meio do trabalho social realizado pelas equipes de referência dos territórios.

No caso de famílias em que, além da situação de acumulação, seja identificada a presença de idosos e/ou crianças e adolescentes cujos seus direitos tenham sido violados, após a ficha de notificação obrigatória, o atendimento se dará no CREAS, sendo o indivíduo, ou a família, incluída no PAEFI (Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos), que segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, é o serviço de apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais membros em situação de vulnerabilidade, ameaça ou violação de direitos, buscando fortalecer vínculos familiares, bem como, a função protetiva da família; os vínculos com a comunidade também devem ser fortalecidos.

CRAM – Centro de Referência no Atendimento a Mulher: Quando identificadas situações de violência contra mulheres, seja violência física, psicológica, moral, patrimonial ou sexual, essas devem ser encaminhadas ao CRAM, por meio da ficha de notificação obrigatória, serviço especializado neste atendimento, onde as mulheres poderão receber, inicialmente, orientações que ajudarão na decisão de denunciar ou não o agressor; e depois todo o acompanhamento necessário para uma vida livre de violência, conforme a vontade da mulher. O atendimento no CRAM ocorre independente se a mulher registrou ou não boletim de ocorrência na Delegacia da Mulher. O trabalho do CRAM ocorre em rede com outras instituições (Fórum, Delegacia da Mulher, secretarias municipais, Conselho Municipal dos Direitos da Mulher). Mensalmente, a Rede de Proteção se reúne para discutir sobre este trabalho articulado de apoio às mulheres vítimas de violência.

CENTRO POP – Atendimento de Pessoa em Situação de Rua: Visando que há pessoas em situação de rua que podem desenvolver o transtorno de acumulação, quando identificadas, essas devem ser encaminhadas ao Centro Pop, onde receberão atendimento técnico especializado, com profissionais que poderão realizar encaminhamentos para a rede intersetorial para acesso a documentos, além de rede de saúde, trabalho, cursos profissionalizantes e outros. O espaço também oferece café da manhã, almoço, guarda de pertences, banho e café da tarde. Está sendo implementado ainda o acesso à lavagem de roupas.



EQUIPAMENTOS DA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA E ESPECIAL – MÉDIA COMPLEXIDADE DO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA

CRAS Boqueirão: Rua R. Oliveira Viana, 1804 – Boqueirão

Território Referenciado: Boqueirão, Passaúna e Porto das Laranjeiras

CRAS Califórnia: R. Beija-Flor, 1531 – Capela Velha

UBS Referenciadas: Capela Velha

CRAS Centro: Av. Brasil, 385 – Centro

Território Referenciado: Centro, Sabiá, Cachoeira, Tindiquera, Iguaçu, Moradias Maranhão (Costeira), Área Rural (Lagoa Grande, Guajuvira, Rio Abaixo, Tietê, Colônia Cristina, Fazendinha, Onças

CRAS Costeira: R. Maranhão, 2139 – Costeira

Território Referenciado: Costeira e Iguaçu

CRAS Fazenda Velha: Rua Nossa Senhora dos Remédios – Praça da Bíblia, Fazenda Velha

Território Referenciado: Estação, Fazenda Velha, Vila Nova, Chapada

CRAS Industrial: R. Sabiá, 248 – Capela Velha

Território Referenciado: Capela Velha e Chapada

CRAS Tupy: Rua Jardineira, 357 – Campina da Barra

Território Referenciado: Campina da Barra, Jardim Rio Juruá (Costeira)

CRAS Thomaz Coelho: Rua Eduardo Sobânia, 235 – Thomaz Coelho

Território Referenciado: Thomaz Coelho, Barigui, São Miguel

CREAS Araucária: Rua Felix Klechovicz, nº 55, Jardim Pequim

Território Referenciado: todo o município de Araucária



CRAM – Centro de Referência de Atendimento à Mulher em situação de Violência: Rua Nossa Senhora dos Remédios, 1073 – Fazenda Velha.
Território Referenciado: todo o município de Araucária



8. INTERSETORIALIDADE E O TRABALHO COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO

É importante ressaltar que o Transtorno de Acumulação independente dos prejuízos que possa provocar seja na pessoa acumuladora ou em seu entorno, não permite concluir que essa pessoa esteja incapacitada para os atos da vida civil. Na maioria das situações, mesmo em contextos de grande insalubridade e precariedades essas pessoas não se encontram suprimidas do juízo crítico da realidade.

Diante deste contexto bastante delicado, complexo e que na maioria dos casos envolve algum grau de adoecimento psíquico, é muito importante que as ações junto a esse público sejam muito bem articuladas, tendo em vista que ações isoladas e não planejadas geralmente são pouco efetivas e dependendo do caso até pioraram a situação. Conforme abordado no capítulo 4, abordagens excessivas e de caráter apenas fiscalizatório dificultam a formação de vínculo com a pessoa em situação de acumulação e consequentemente prejudicam a análise da situação como um todo.

Deste modo, para o trabalho junto a pessoa em situação de acumulação, é preciso levar em consideração os determinantes sociais do processo saúde-doença. Segundo BUSS e FILHO (2007) de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego. A partir desse olhar biopsicossocial entende-se que o trabalho de aproximação, identificação das necessidades e proposição de ações a partir do PTS não se efetivam apenas com os serviços que compõem a RAPS. É indispensável um trabalho integrado entre as diferentes políticas setoriais (saúde, assistência social, meio ambiente, defesa civil, etc) para superação do modelo de trabalho fragmentado e que não atende como um todo a complexidade das questões que envolvem a pessoa em situação de acumulação.

Deste modo, compreendendo a intersectorialidade como um dos principais instrumentos para se efetivar políticas públicas, visto que ela possibilita garantir que uma política setorial seja executada em articulação com outras, mas ciente das dificuldades e desafios de se alcançá-la na sua plenitude, foi detectado pela equipe técnica responsável pela construção deste protocolo a necessidade de um comitê intersectorial com objetivo de criar estratégias integradas e coordenadas de atuação entre os diferentes serviços, órgãos e instituições para a cumprimento integral das políticas públicas de atenção às pessoas em situação de acumulação.



Mediante esta necessidade de regulamentação de um comitê intersetorial, também foi elaborado um Decreto Municipal dispondo sobre a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação do município de Araucária. Neste documento está previsto a oficialização de um Comitê intersetorial com representantes da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Assistência Social, Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Secretaria Municipal de Segurança Pública. O Decreto Municipal encontra-se em fase de aprovação pelos órgãos competentes. Deste modo como órgão gestor será de responsabilidade do Comitê Interdisciplinar acompanhar, avaliar e identificar as dificuldades na implementação da Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação. Caberá ao Comitê as seguintes atribuições:

I – executar a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação;

II – articular ações com as demais políticas públicas, 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, para uso interno da Administração Municipal e de acesso restrito;

IV – promover reuniões mensais para discussão conjunta dos casos, considerando as particularidades de cada sujeito e as necessidades identificadas em seu atendimento;

V – convidar para participar das reuniões os órgãos ou entidades públicas, que por necessidade do atendimento de cada caso de pessoa em situação de acumulação, sejam necessárias;

VI – elaborar o Projeto Terapêutico Singular – PTS e designar um ou mais profissionais de referência que ficarão responsáveis pelo acompanhamento do caso;

VII – ser responsável pela gestão do caso e acionamento das demais equipes, conforme a evolução do caso;

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

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

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

XI – estabelecer fluxos assistenciais 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;



XII – encaminhar relatório circunstanciado caracterizando a situação de risco à saúde pública à 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 nos casos em que a pessoa em situação de acumulação não autorize o acesso ao imóvel;

XIII - comunicar o caso ao 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 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;

XIV – Comunicar o caso ao 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.

XV Referente as ações vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde, a esta caberá o cuidado integral a saúde, com ações de promoção, prevenção e monitoramento de acordo com cada nível de atenção, etc. Também a avaliação e intervenção em casos de risco sanitário.

Deste modo caberá às Unidades Básicas de Saúde:

I – realizar busca ativa de pessoas em situação de acumulação na sua respectiva área de 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 e monitorar sua condição de saúde e riscos sanitários;

III – contribuir na elaboração e execução do Projeto Terapêutico Singular – PTS dos casos acompanhados pelo Comitê Intersetorial de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação

IV – 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;

V – 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;

VI – 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

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

VIII – informar imediatamente, ao Comitê Intersetorial de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação, os casos novos de pessoas em situação de acumulações identificadas pela unidade, bem como a evolução dos casos atendidos;

Caberá ao Departamento de Atenção Psicossocial:

I – realizar o atendimento de pessoas em situação de acumulação e seus familiares nos casos 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 Projeto Terapêutico Singular – PTS dos casos acompanhados pelo Comitê Intersetorial de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação

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

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.

Caberá ao Departamento de Vigilância em Saúde:

I – informar ao Comitê Intersetorial de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação 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 ao Comitê Intersectorial de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação

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 sobre os casos em que 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, 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 – orientar o responsável pelos animais e familiares quanto à obrigatoriedade, nos casos em que há presença de cães e gatos no imóvel, de manter a vacinação contra a raiva atualizada e apresentar seu comprovante, podendo a equipe técnica da Unidade de Vigilância em Zoonoses indicar e realizar esse procedimento “in loco”, se avaliar como necessário;

VIII – realizar as ações de prevenção e orientar sobre as ações de controle de animais sinantrópicos de relevância para a saúde pública municipal, quando necessário;

IX – 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;

X – 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.

A Secretaria Municipal de Assistência Social compete garantir a pessoa em situação de acumulação o acesso aos direitos sociais conforme preconiza as legislações



sociais vigentes. Também atuar em situações identificadas ou suspeitas de violência e violações de direitos. Sendo de sua incumbência:

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 facilitar o acesso a programas de benefícios eventuais e benefício de prestação continuada – BPC, nas situações cabíveis;

III – realizar busca e contatar familiares que possam acompanhar a pessoa em situação de acumulação nos casos em que a pessoa resida sozinha ou tenha vínculos familiares frágeis;

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

V – 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;

VI – 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;

VII – contribuir na elaboração e execução do Projeto Terapêutico Singular – PTS dos casos acompanhados pelo Comitê Intersetorial de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação

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

A Secretaria Municipal de Meio Ambiente visa ações de fiscalização e proteção ambiental e animal Sendo de sua incumbência:

I – 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;

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 – divulgar e capacitar os profissionais da rede de atenção à pessoa em situação de acumulação sobre técnicas de reciclagem, reutilização ou reaproveitamento de materiais;

III – 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;

IV – inserir no PTS, no caso de pessoa em situação de acumulação que possui animais, 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;

V – promover a microchipagem e inclusão no programa de castração, quando houver cães e gatos no imóvel, gratuitamente, como forma de garantir a rastreabilidade e o controle populacional.

VI – contribuir na elaboração e execução do Projeto Terapêutico Singular – PTS dos casos acompanhados pelo Comitê Intersetorial de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação.

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

E a Secretaria Municipal de Segurança Pública, por meio da Defesa Civil ficará responsável em:

I – avaliar os locais que apresentam situação precária de conservação e adotar as medidas necessárias visando prevenir a ocorrência de acidentes com as equipes e com a pessoa em situação de acumulação.

II – contribuir na elaboração e execução do Projeto Terapêutico Singular – PTS dos casos acompanhados pelo Comitê Intersetorial de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação

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



Acreditamos que a criação de uma legislação municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação é uma grande conquista no campo das políticas sociais para o Município de Araucária, tendo em vista que o estabelecimento normativo clarifica as competências dos diferentes órgãos envolvidos e possibilita um olhar ampliado sobre a temática envolvendo as pessoas em situação de acumulação. Já ao Comitê Intersetorial cabe a parte mais concreta, ou seja, garantir que o trabalho em rede seja executado de forma eficiente garantindo a integralidade e longitudinalidade do cuidado através do monitoramento dos casos de pessoas em situação de acumulação (Consultar no **Apêndice 11** a Planilha de Monitoramento dos Casos de Pessoas em Situação de Acumulação).

Por fim, reiteramos que tão importante como a criação de uma legislação específica são também as ações dos profissionais que trabalham com as pessoas em situação de acumulação, conforme abordado neste protocolo trata-se de um tema bastante complexo e qualquer ação somente será exitosa se esses indivíduos forem devidamente acolhidos. Neste sentido é fundamental que o profissional que esteja envolvido com alguma situação suspeita ou confirmada de pessoa em situação de acumulação procure sempre seguir as orientações conforme determina o **Fluxo Geral De Atendimento À Pessoa Em Situação De Acumulação** estabelecido pelo município de Araucária.

A seguir algumas orientações a qualquer profissional que identificou ou recebeu denúncia de pessoa em situação de acumulação:

- Preferencialmente realize visitas com equipe multidisciplinar e intersetorial, exemplos: ACS e Enfermeiro, (multidisciplinar) enfermeiro e assistente social do CRAS (intersectorial) ACS e veterinário (intersectorial);
- Evite número excessivo de profissionais numa mesma visita domiciliar, consideramos como ideal no máximo 4 profissionais;
- Evite visitas domiciliares ou outro tipo de comunicação/contato de vários serviços de forma desordenada. Exemplos: vários serviços visitando a pessoa sem discutirem o caso previamente;
- Antes da primeira abordagem busque informações sobre histórico de atendimentos via IPM (social e saúde) ou articulando informações com a rede intersetorial e intra-setorial;
- Durante o atendimento se for possível, exponha o real motivo da visita (exemplos: denúncia da vigilância sanitária ou de vizinhos) mas evite a palavra acumulador(a);



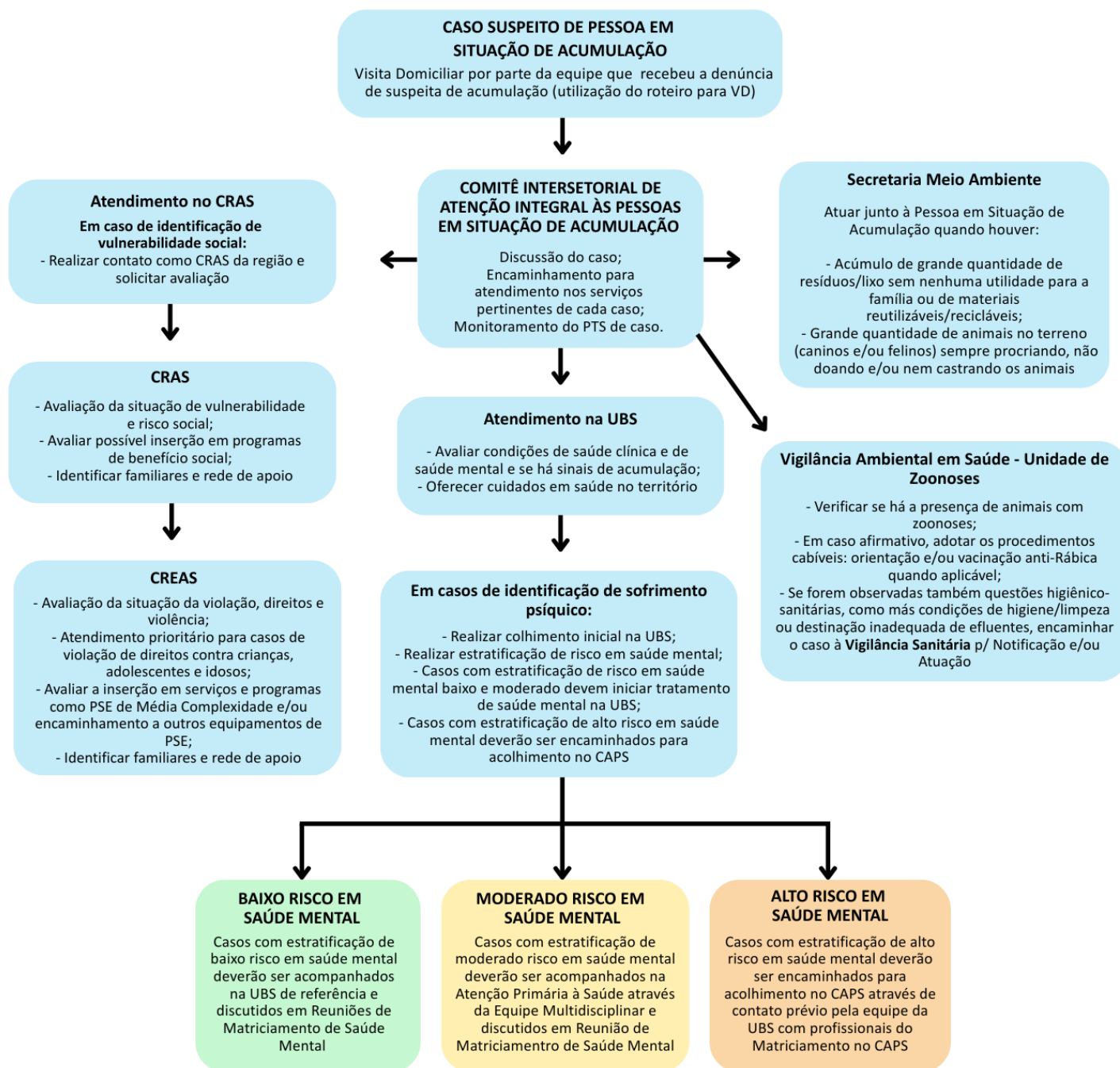
- Sempre que possível utilize o **Formulário para Visita Domiciliar à Pessoa em Situação de Acumulação** (Apêndice 11);
- Evite que o atendimento seja focado somente nos problemas envolvendo a acumulação, tente abordar outros assuntos de forma descontraída;
- Se a pessoa tem vinculação com algum profissional do território solicite que este participe do atendimento, o “empréstimo” de vínculo é bastante efetivo nos primeiros atendimentos;
- Dependendo da situação não será num único atendimento que se entenderá a singularidade do caso, se necessário agende outra visita;
- Priorize as demandas trazidas pela pessoa em suspeita de situação de acumulação;
- Ao identificar algum fator de risco ou vulnerabilidade social acionar o (os)
- equipamento (s) de referência, conforme descrito no sétimo capítulo deste protocolo e casos suspeitos ou confirmados de violência, negligência, abandono, etc. deve obrigatoriamente comunicar através da ficha de notificação de violência (Anexo 2) os serviços competentes;
- Ao abordar sobre a saúde mental, comece perguntando sobre a saúde de um modo geral, se a pessoa mencionar sofrimento psíquico ofereça ajuda, incentive atendimento na UBS;
- Em caso de identificação de sofrimento psíquico e/ou transtorno mental deve-se primeiramente comunicar e solicitar avaliação da equipe da UBS de referência;
Identificando que se trata de pessoa em situação de acumulação direcione o caso ao comitê intersetorial de atenção integral a pessoas em situação de acumulação.

8.1 Fluxo Geral De Atendimento À Pessoa Em Situação De Acumulação

Considerando a importância do trabalho em rede intersetorial, apresentaremos a seguir o fluxo geral de atendimento à pessoa em situação de acumulação.



Fluxo Geral de Atendimento À Pessoas Em Situação De Acumulação



Fonte: Os autores, 2022.

9. REFERÊNCIAS

AGENCY FOR TOXIC SUBSTANCES AND DISEASE REGISTRY. Agency for Toxic Substances and Disease Registry. 2021. Disponível em: < <https://www.atsdr.cdc.gov/>>. Acesso em 16 novembro 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAUCARIA. Protocolo de CRAS. 2020. Disponível em:<<https://araucaria.atende.net/cidadao/noticia/orientacao-no-momento-cram-de-araucaria-acompanha-a-106-mulheres-vitimas-de-violencia>
<https://araucaria.atende.net/cidadao/noticia/centro-pop-oferece-aco-especiais-a-pessoas-em-situacao-de-rua-durante-a-semana-de-luta-da-populacao-em-situacao-de-rua>>. Acesso em 16 novembro 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488/2011. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Plano de segurança da água: garantindo a qualidade e promovendo a saúde: um olhar do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Avaliação de Impacto à Saúde – AIS: metodologia adaptada para aplicação no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental, 2022;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Diretrizes nacionais para a vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a;

BRASIL. Decreto n.º 5.440, de 4 de maio de 2005. Estabelece definições e procedimentos sobre o controle de qualidade da água de sistemas de abastecimento e institui mecanismos e instrumentos para divulgação de informação ao consumidor



sobre a qualidade da água para consumo humano. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 2, 5 maio 2005a;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental. Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Diretrizes para elaboração de estudo de avaliação de risco à saúde humana por exposição a contaminantes químicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 888 do Ministério da Saúde, de 04 de maio de 2021. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0888_07_05_2021.html>. Acesso em 16 julho 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Saúde ambiental: guia básico para construção de indicadores. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011;

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo XX da Portaria de Consolidação n.º 5 do Ministério da Saúde de 03 de outubro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <<https://www.brkambiental.com.br/uploads/4/14/png-sumare/portaria-consolidacao-5-anexo-xx.pdf>>. Acesso em 16 julho 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 588, de 12 de julho de 2018. Brasília, DF, 2018a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0588_13_08_2018.html>. Acesso em 16 julho 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Diretriz para atuação em situações de surtos de doenças e agravos de veiculação hídrica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e Tratamento de intoxicação por agrotóxicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. Queimadas e incêndios florestais: alerta de risco sanitário e recomendações para a população. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b;



BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009). Brasília, DF: 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Norma Operacional Básica (NOB/Suas). Brasília: DF, 2005.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 2 dez. 2022.

CHIAVERINI, D. H. Guia prático de matriciamento em saúde mental. I. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2011.

CURITIBA. Prefeitura do município de Curitiba. Linha de cuidados para acumuladores compulsivos de animais e resíduos de Curitiba. 2018. site da prefeitura. Disponível em: <<https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Guia%20de%20Cuidados%20Acumuladores%20Compulsivos%20de%20Animais%20e%20Res%C3%Aduos%202018.pdf>>. Acesso em 2 dezembro de 2022.

Manual de instruções: Unidade Sentinela, 2015: Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos – VIGIAR. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf>. Acesso em 16 julho 2022.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 10 outubro 2022.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. Improving risk information. Washington: National Academy Press, 1989;

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde mental. 2022. Disponível em: <<https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@9472a2fa-76e7-45f2-b98c-f056022c404e&emPg=true>>. Acesso em 2 dezembro 2022.

SÃO PAULO. Prefeitura do município de São Paulo. Decreto nº 57.570, de 28 de dezembro de 2016. Institui a Política municipal de atenção Integral às pessoas em situação de acumulação.



SAMUELS, J. F. et al. . Prevalence and correlates of Hoarding Behavior in a community-based sample. Behaviour Research and Therapy, 46(7), 836-44. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796708000867>>. Acesso em 21 outubro 2022.

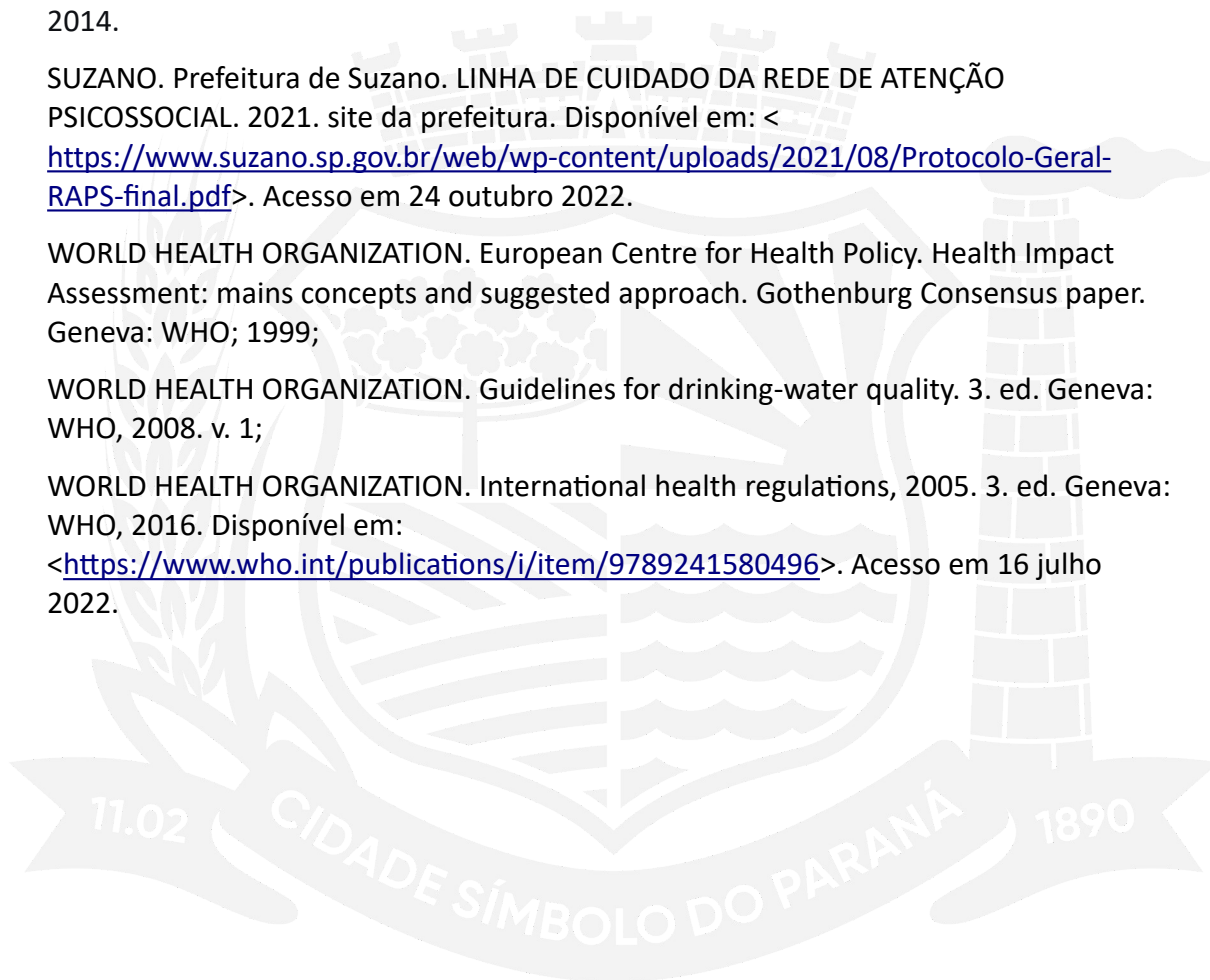
SCHMIDT, D. R.; DELLA MÉA, C. P.; WAGNER, M. F. Transtorno da Acumulação: características clínicas e epidemiológicas. Revista CES Psicologia, v. 7, n. 2, p. 27-43, 2014.

SUZANO. Prefeitura de Suzano. LINHA DE CUIDADO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. 2021. site da prefeitura. Disponível em: <<https://www.suzano.sp.gov.br/web/wp-content/uploads/2021/08/Protocolo-Geral-RAPS-final.pdf>>. Acesso em 24 outubro 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. European Centre for Health Policy. Health Impact Assessment: mains concepts and suggested approach. Gothenburg Consensus paper. Geneva: WHO; 1999;

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for drinking-water quality. 3. ed. Geneva: WHO, 2008. v. 1;

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International health regulations, 2005. 3. ed. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>>. Acesso em 16 julho 2022.



10. ANEXOS

ANEXO 1 - Estratificação de Risco em Saúde Mental SESA-PR



ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Estado da Saúde – SESA Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde - DAV
 Coordenadoria de Atenção à Saúde - COAS Divisão de Atenção à Saúde Mental - DVSAM

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL

Nome do usuário: Ocupação:

Número de Prontuário:

Nome e inscrição profissional (profissional que realizou atendimento):**Serviço de saúde:****Data:****Instruções de preenchimento⁴:**

Devem ser consideradas as manifestações sintomáticas ocorridas somente nos últimos 12 meses;

Todos os grupos devem ser preenchidos;

Circule o número correspondente ao sinal/sintoma;

Realize a somatória dos números circulados;

O total de pontos bruto será o escore para a Estratificação de Risco.

SINAIS E SINTOMAS		NÃO	SIM
GRUPO I	Ansiedade ou medo persistente, sem causa ou explicação definida, que pode se manifestar com sudorese, tremor, taquicardia, sintomas digestivos e/ou episódios de sensação de morte iminente, de enlouquecer ou de perder o controle	0	4
	Insônia ou hipersonia	0	2
	Medo intenso e persistente de alguma coisa ou alguma situação bem definida que não apresente risco real (fobia)	0	2
	Crises conversivas (distúrbios sensoriais sem base física) e/ou dissociativas (alteração da qualidade da consciência, estreita/rebaixada)	0	2
	Alterações do apetite ou do comportamento alimentar	0	2
	Preocupação excessiva com o peso e/ou a forma corporal com distorção da autoimagem	0	2
	Queixas físicas (somáticas) persistentes sem causa aparente e/ou hipocondríacas	0	2
	Pensamentos ou comportamentos repetitivos/compulsivos com ou sem rituais obsessivos	0	2
	Pensamentos de inutilidade e/ou sentimento de culpa (situações nas quais pode não haver vinculação com a realidade)	0	4
	Tristeza persistente acompanhada de perda de interesse e prazer e/ou desesperança sem causa aparente	0	4

⁴ Realizada preferencialmente pelo profissional de nível superior e vinculada à elaboração do plano de cuidados e/ou ao Projeto Terapêutico Singular.

	Prejuízo da atividade sexual (perda ou aumento do desejo sexual, impotência, frigidez, dor na penetração, entre outros)	0	2
	Desorientação temporal e/ou espacial	0	2
GRUPO II	Ideação suicida sem planejamento	0	4
	Ideação suicida com planejamento ⁵ ou histórico de tentativa de suicídio recente (últimos 12 meses)	0	10
	Apatia, diminuição do desempenho social, distanciamento afetivo e/ou afastamento do convívio social e familiar	0	4
	Humor instável associado a impulsividade e comportamentos destrutivos	0	6
	Heteroagressividade e/ou comportamento autolesivo	0	8
	Desinibição social, sexual e/ou perda da noção de pudor	0	4
	Aumento da atividade motora com ou sem inquietação excessiva e constante	0	4
	Humor anormalmente elevado, expansivo, irritável ou eufórico	0	4
	Delírio (ideias criadas e/ou distorcidas da realidade cujo questionamento não é tolerado)	0	8
	Alucinação (percepção visual, auditiva, gustativa, olfativa, ou tátil sem a presença de objetos reais)	0	8
	Alteração do curso e/ou da forma do pensamento (pode estar acelerado, lentificado ou interrompido)	0	6
	Perda da capacidade de julgamento da realidade sem que haja consciência ou noção desta alteração	0	8
	Alteração da memória (perda, excesso ou lapso)	0	2
GRUPO III	<i>Delirium tremens</i> (diminuição do nível da consciência, tremores, febre, sudorese, alucinações de pequenos insetos e animais e outros sintomas que surgem após 72 horas de abstinência alcoólica)	0	10
	Sinais ou sintomas de abstinência ao uso continuado de álcool e/ou drogas	0	8
	Incapacidade de redução e controle do uso de substâncias psicoativas (mantém o uso apesar do prejuízo)	0	8
	Manifestação de comportamento de risco para si e para terceiros sob efeito de substâncias	0	8

⁵Caso o usuário apresente ideação suicida com planejamento e com acesso a um método, associado a um transtorno mental (especialmente depressão ou abuso de substâncias), desespero, presença de delírio ou alucinação ele deverá ser encaminhado imediatamente a serviço de urgência

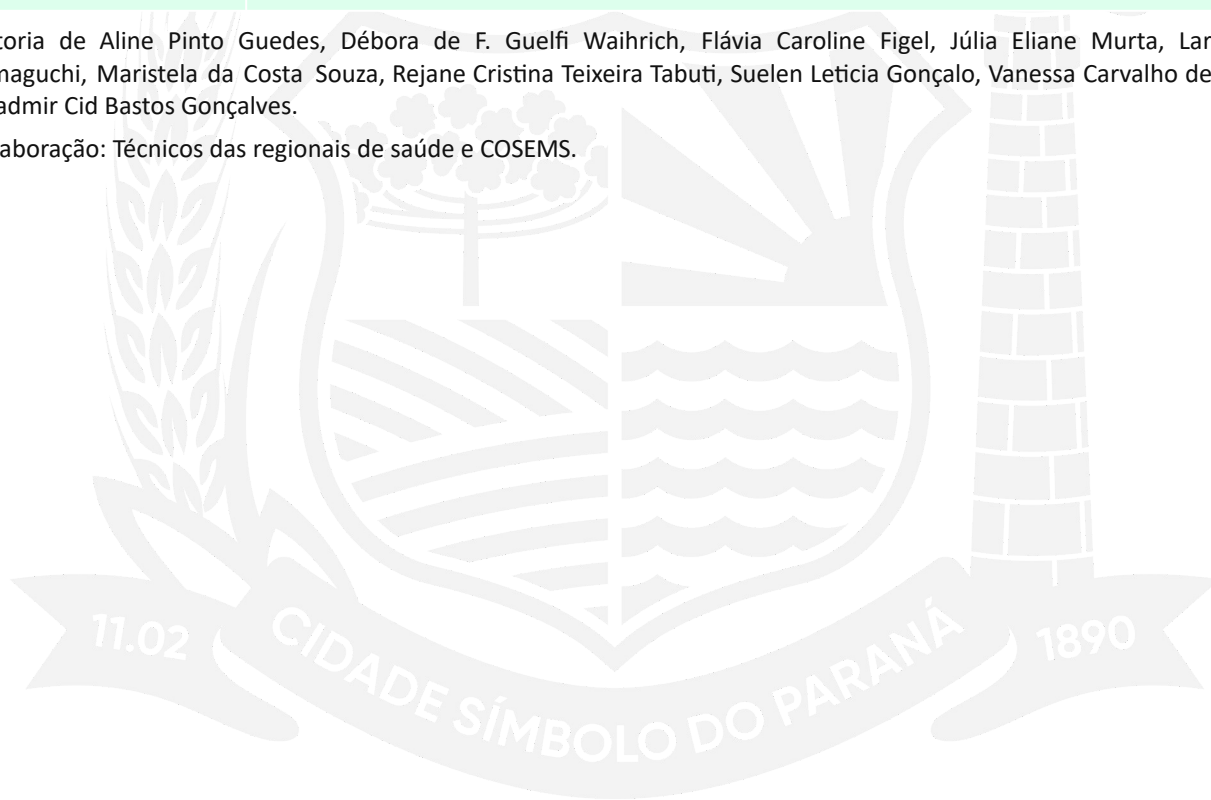
	Consumo progressivo de substância psicoativa sem obter o efeito esperado (tolerância)	0	6
	Uso abusivo de Substâncias Psicoativas	0	8
GRUPO IV	Dificuldade de compreender e/ou transmitir informação através da fala e linguagem no período de desenvolvimento infantil	0	4
	Movimentos corporais ou comportamentais repetitivos, bizarros ou paralisados	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades escolares	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades motoras	0	4
	Severa dificuldade na interação social e às mudanças na rotina	0	8
	Desatenção com interrupção prematura de tarefas e/ou deixando tarefas inacabadas	0	2
	Comportamento provocativo, desafiador e/ou opositor persistente	0	6
	Comportamentos ou reações emocionais que não correspondem ao esperado para a idade biológica	0	4
GRUPO V	Resistência ao tratamento, refratariedade ou não adesão	0	4
	Recorrência ou Recaída (02 meses após desaparecimento dos sintomas)	0	4
	Exposição continuada ao estresse ou evento traumático acima do individualmente suportável	0	4
	Precariedade de suporte familiar e/ou social com ou sem isolamento social e distanciamento afetivo	0	4
	Testemunha de violência	0	2
	Autor ou Vítima de violência interpessoal	0	6
	Perda da funcionalidade familiar e/ou social (autonomia)	0	6
	Perda progressiva da capacidade funcional, ocupacional e social decorrentes de um agravo de saúde	0	4
	Vulnerabilidade social	0	2
	Histórico familiar de transtorno mental / dependência química / suicídio	0	2
	Comorbidade ou outra condição crônica de saúde associada	0	4
	Faixa etária menores de 18 anos e maiores de 60 anos	0	6



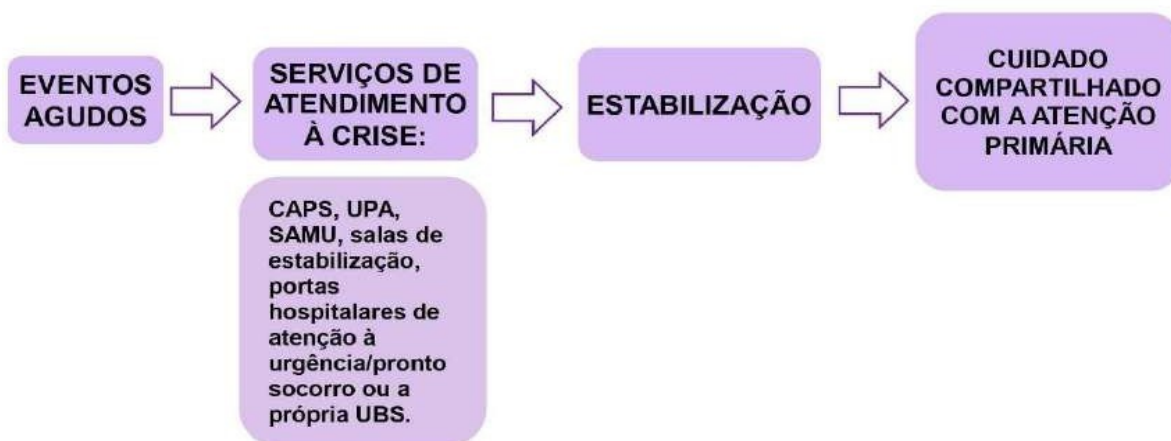
	Abandono e/ou atraso escolar	0	2
PONTUAÇÃO		RISCO	
0 a 40		BAIXO RISCO	PONTUAÇÃO TOTAL:
42 a 70		MÉDIO RISCO	ESTRATIFICAÇÃO:
72 a 240		ALTO RISCO	
Condições Especiais	Gestação e maternidade recente (há menos de um ano); grupos vulneráveis (ex: indígena, LGBTQIA+, migrante, pessoa em situação de rua, população exposta a agrotóxicos),deficiência intelectual moderada ou severa.		
Eventos agudos	Tentativa de suicídio; crise; surto psicótico.		

Autoria de Aline Pinto Guedes, Débora de F. Guelfi Waihrich, Flávia Caroline Figel, Júlia Eliane Murta, Larissa Sayuri Yamaguchi, Maristela da Costa Souza, Rejane Cristina Teixeira Tabuti, Suelen Leticia Gonçalo, Vanessa Carvalho de Souza Leal Wladmir Cid Bastos Gonçalves.

Colaboração: Técnicos das regionais de saúde e COSEMS.



Fluxograma de atendimento na Rede de Atenção à Saúde conforme Estratificação de Risco em Saúde Mental



DESCRIPTORIOS:

Com a finalidade de auxiliar na escolha dos parâmetros que definirão o nível em que ocorrerá a assistência em saúde e lembrando que o planejamento da estratificação de risco da população alvo foi realizada considerando a gravidade dos sinais e sintomas apresentados, sem a necessidade de firmar diagnóstico inicial, somada às condições de vida atual do usuário; a seguir apresentamos os descritores dos sinais e sintomas identificados durante as entrevistas de acolhimento da demanda de assistência em saúde.

GRUPO I Sintomas relacionados aos transtornos mentais comuns ou menores Também caracterizados por englobar quadros mais leves como os depressivos, ansiosos e somatoformes classificáveis nos manuais diagnósticos, além de abranger múltiplos sintomas. Causam prejuízos e incapacidades funcionais, sociais e físicas comparáveis ou mais graves que os transtornos crônicos, duas vezes mais queixas de doenças físicas, altas taxas de mortalidade quando comparados com a população em geral, além de ser uma das mais importantes causas de morbidade na atenção primária.	
SINAIS E SINTOMAS	DESCRIÇÃO
Ansiedade ou medo persistente, sem causa ou explicação definida, que pode se manifestar com sudorese, tremor, taquicardia, sintomas digestivos e/ou episódios de sensação de pânico (morte iminente, de enlouquecer ou de perder o controle).	Sentimento de medo, agudo ou prolongado, acompanhado ou não de manifestações físicas cuja causa não é localizável ou identificável. Inclui episódios de pânico (sensação de morte iminente, de enlouquecer ou de perder o controle).
Insônia ou hipersonia	Dificuldade de adormecer ou de manter-se adormecido, acordar precocemente ou uma sensação de sono não renovador. Hipersonia é a sonolência excessiva durante o dia e/ou sono prolongado a noite.
Medo intenso e persistente de alguma coisa ou alguma situação bem definida que não apresente risco real (fobia)	Medo excessivo em relação a algum objeto, animal ou situação.
Crises conversivas	Conjunto de manifestações de comportamento, das sensações em que o indivíduo pode ter movimentos corporais bizarros, parecidos com convulsões, imobilidade (paralisia) ou anestesia de membros e/ou sensação de perda de alguma função como a fala, audição ou visão.
Crises dissociativas	Semelhante a convulsões epiléticas, manifestando-se por alteração da qualidade da consciência em que esta se estreita ou se rebaixa, porém sem uma causa biológica explicável, levando o indivíduo a fazer uma amnésia seletiva de fatos, de lugares, de si mesmo, de pessoas e/ou de fatos psicologicamente significativos.



Alterações do apetite ou do comportamento alimentar	Inclui perda ou aumento do apetite de maneira significativa, além de compulsões alimentares, dietas restritivas e/ou indução de vômito ou diarreia.
Preocupação excessiva com o peso e/ou a forma corporal com distorção da autoimagem	Preocupação excessiva em perder peso ou alterações da imagem corporal, que ocorrem quando o usuário não identifica corretamente seu padrão corporal.
Queixas físicas (somáticas) persistentes sem causa aparente e/ou hipocondríacas	Sensações corporais muito frequentes e/ou sensações e sinais físicos triviais interpretados como anormais e perturbadores levando a um temor de estar com alguma doença que não tenha causa biológica explicável. Costumam levar o indivíduo a obter atenção de terceiros ou outro ganho secundário
Pensamentos ou comportamentos repetitivos/compulsivos com ou sem rituais obsessivos	Pensamentos ou atos em geral incompreensíveis, inevitáveis e indesejáveis pelo próprio indivíduo, julgados por ele como absurdos e irracionais. São exemplos: a reflexão demorada e persistente de ideias, os rituais de verificação (ex. checar várias vezes se a porta está trancada) e os de limpeza (ex. lavar a mão excessivamente, algumas vezes a ponto de se lesionar). Tais comportamentos costumam ser realizados para aliviar algum desconforto emocional subjetivo.
Pensamentos de inutilidade e/ou sentimento de culpa (situações nas quais não há vinculação com a realidade)	São crenças pessimistas em que o indivíduo se autoacusa de acontecimentos diversos os quais não tem responsabilidade direta. Em geral se acompanham de sentimentos depressivos e podem evoluir para ideias desconectadas da realidade.
Tristeza persistente acompanhada de perda de interesse e prazer e/ou desesperança sem causa aparente	Sentimentos de tristeza observados ou referidos pelo indivíduo que são acompanhados de prolongada ausência de vontades e desejos, com inibição global do funcionamento mental, sem necessariamente ter uma causa definida.
Prejuízo da atividade sexual	Quando há relatos de dificuldades para estabelecer relações sexuais, que podem incluir perda ou aumento do desejo sexual, impotência, frigidez, dor na penetração, entre outros.
Desorientação temporal e espacial	Prejuízo ou incapacidade de a pessoa reconhecer a data (dia, mês e ano) atual e o local em que se encontra.
GRUPO II Sintomas relacionados aos transtornos mentais severos e persistentes Se definem por uma gama extensa e heterogênea de características e necessidades que impactam sobre indivíduos tendo em comum a duração do problema, o grau de sofrimento emocional, o nível de incapacidade que interfere nas relações interpessoais e nas competências sociais e o diagnóstico psiquiátrico. Grande parte dos indivíduos aqui agrupados são pessoas com transtornos psicóticos – esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e outras psicoses.	
SINAIS E SINTOMAS	DESCRIÇÃO
Ideação suicida sem planejamento	É a intenção de matar-se. Tema que deve ser abordado em qualquer investigação de sofrimento psíquico, permitindo ao usuário falar do assunto para que o risco de suicídio seja avaliado.
Ideação suicida com planejamento ou histórico de	Intenção de matar-se somada ao planejamento da ação. Caso

tentativa de suicídio recente (últimos 12 meses)	haja acesso aos meios para concretizá-la, associado a um transtorno mental (especialmente depressão ou abuso de substâncias), desespero, presença de delírio ou alucinação, o usuário deverá ser encaminhado imediatamente a serviço de urgência. O histórico de tentativa de suicídio nos últimos 12 meses deve ser avaliado, pois é o maior fator de risco para o suicídio.
Apatia, diminuição do desempenho social, distanciamento afetivo e/ou afastamento do convívio social e familiar	Pouca expressão de emoções e afetos; quando há relatos de isolamento, quando a pessoa deixa de frequentar locais ou interagir com pessoas com quem mantinha vínculo próximo.
Humor instável associado a impulsividade e comportamentos destrutivos	Comportamentos impulsivos, imprevisíveis, dificuldade em lidar com a frustração, muitas vezes realizando ações de auto ou heteroagressões.
Heteroagressividade e/ou comportamento autolesivo	A heteroagressividade é a alteração de conduta em que o indivíduo usa práticas de violência verbal ou física contra os outros ou contra objetos. O comportamento autolesivo é a alteração de conduta em que o indivíduo realiza ações de violência física contra si (cortes, beliscões, queimaduras, entre outros).
Desinibição social, sexual e/ou perda da noção de pudor	Alteração de comportamento em que o indivíduo perde a noção de pudor, com atitudes exageradamente sedutoras ou consideradas obscenas, como por exemplo, exposição dos órgãos genitais. Em geral se acompanham de sentimentos de euforia e/ou de grandeza.
Aumento da atividade motora com ou sem inquietação excessiva e constante	Aumento da atividade motora associada ou não a ações involuntárias, automáticas, sem reflexão ou ponderação, em geral incontroláveis, e sem objetivo específico, podendo levar a exaustão.
Humor anormalmente elevado, expansivo, irritável ou eufórico	Elevação desproporcional do humor compreendida como uma alegria patológica em que o indivíduo está demasiado otimista, motivado, exaltado, comunicativo. Pode apresentar pressão para falar sem parar resultando num discurso acelerado, contagiante, repleto de brincadeiras e gesticulações. O indivíduo pode expressar vivências exageradas de qualidades pessoais, poder, ganho, grandeza e sucesso relacionados a si mesmo.
Delírio (ideias criadas e/ou distorcidas da realidade cujo questionamento não é tolerado)	Distúrbio do conteúdo do pensamento em que o indivíduo tem ideias em desacordo com a realidade (cria, distorce ou dá falso significado). Essas são crenças das quais ele tem absoluta convicção, sendo irremovíveis e não influenciáveis.
Alucinação	Alteração da percepção visual, auditiva, olfativa, gustativa ou tátil que é clara e definida apesar de o objeto não estar presente na realidade.
Alteração do curso e/ou da forma do pensamento (pode estar acelerado, lentificado ou interrompido)	Aceleração/lentificação nas respostas, sensação de interrupção do pensamento, ou ainda crença de que outras pessoas ouvem ou percebem seus pensamentos e/ou que seu pensamento foi roubado da mente (alteração no curso). Fuga de ideias,



	pensamentos que deixam de seguir uma sequência lógica ou perda de coerência (alterações da forma).
Perda da capacidade de julgamento da realidade sem que haja consciência ou noção desta alteração	Alteração do pensamento em que há um julgamento falso ou distorcido da realidade motivado por fatores psíquicos patológicos, que se evidencia principalmente quando há alucinações e delírios. Em geral se acompanha de perda das capacidades de autogerenciamento.
Alteração da memória (perda, excesso ou lapso)	Dificuldade ou incapacidade para recordar fatos ocorridos antes, durante ou após um determinado ponto no tempo.
GRUPO III Sintomas relacionados à dependência de álcool e outras drogas Englobam o abuso e dependência de substâncias psicoativas (drogas) que quando utilizadas alteram o funcionamento cerebral causando modificações no estado mental ou psiquismo. Inclui o uso de depressores do Sistema Nervoso Central (álcool, benzodiazepínicos, opiáceos e inalantes), os psicoestimulantes (anfetaminas e cocaína/crack) e os alucinógenos (maconha, LSD, êxtase). A dependência caracteriza-se por reações físicas ou psíquicas que incluem ingestão excessiva de drogas psicoativas, de modo contínuo ou periódico, para experimentar seus efeitos psíquicos e/ou evitar o desconforto de sua falta (abstinência); abandono progressivo de prazeres e interesses e persistência do uso apesar dos prejuízos decorrentes.	
SINAIS E SINTOMAS	DESCRIÇÃO
<i>Delirium tremens</i>	Psicose orgânica reversível que dura de 2 a 10 dias e que resulta da interrupção da ingestão de bebida alcoólica. Inicia-se geralmente 72 horas após a ingestão da última dose de bebida alcoólica, e manifesta-se com diminuição do nível da consciência, confusão mental, desorientação no tempo e espaço, tremores de extremidade e generalizados, insônia, febre, sudorese abundante, ilusões e alucinações visuais e táteis (pequenos insetos e animais) podendo levar à morte pela desidratação e outras complicações.
Sinais ou sintomas de abstinência ao uso continuado de álcool e/ou drogas	Alterações físicas e psicológicas caracterizadas por sintomas como mal-estar, ansiedade, irritabilidade, hipertensão, insônia, náusea, agitação, taquicardia, etc. Podem surgir minutos ou horas após a privação do consumo de álcool ou outras drogas psicoativas. Tremores finos observáveis nas mãos, pernas e língua e hálito e/ou suor com cheiro de álcool são observadas na dependência ao álcool bem como fissura (desejo) pelo uso da droga, inquietude e comportamento de busca, ansiedade, irritabilidade podem ser observados na interrupção do uso de psicoestimulantes como a cocaína.
Incapacidade de redução e controle do uso de drogas	Situação em que o indivíduo, apesar dos prejuízos pessoais sofridos em decorrência da ingestão de álcool ou drogas, continua o uso dos mesmos.
Manifestação de comportamento de risco para si e para terceiros	Atitudes pessoais que colocam o indivíduo em risco de morrer, de causar danos para outros, de sofrer prejuízo físico, emocional ou moral. Ex: dirigir embriagado, relação sexual desprotegida, intoxicação alcoólica aguda, coma alcoólico,



	abandono de higiene e alimentação.
Consumo progressivo de substância psicoativa sem obter o efeito esperado (tolerância)	Necessidade de ingerir quantidades de substâncias psicoativas progressivamente maiores para obter o mesmo efeito observado inicialmente em pequenas quantidades.
Uso abusivo de substâncias psicoativas	Padrão de uso de psicofármacos, álcool ou outras drogas que causa prejuízo ou dano real à saúde, à vida social e profissional do usuário; sem que se observem tolerância, abstinência e sinais e sintomas de abstinência presentes em casos de dependência química.
Substância psicoativa (SPA)	Substância química que atua diretamente no sistema nervoso central causando alterações na função cerebral com consequente modificação no pensamento, no humor, nas percepções, no comportamento e/ou na consciência. Com diferentes capacidades de causar dependência, têm utilidade e significados diferentes para aqueles que as consomem.
GRUPO IV	
Sintomas relacionados a alterações na saúde mental que se manifestam na infância e/ou na adolescência	
Grupo heterogêneo de transtornos, cujo desenvolvimento é mais comum durante a infância e/ou adolescência. Algumas destas afecções constituem síndromes bem definidas, enquanto outras são simples associações de sintomas; mas devem ser identificadas em função de sua frequência e de sua associação com uma alteração do funcionamento psicossocial.	
SINAIS E SINTOMAS	DESCRIÇÃO
Dificuldade de compreender e/ou transmitir informação através da fala e linguagem no período de desenvolvimento infantil	Pode ser dificuldade da fala, da escrita, da expressão facial, da gesticulação corporal, do aprendizado e da compreensão, observados com maior frequência no período escolar.
Movimentos corporais ou comportamentais repetitivos, bizarros ou paralisados	São gestos, trejeitos, tiques, maneirismos, posturas que são repetidas ou, ao contrário, são mantidas por longos períodos, mas sem um propósito específico ou objetivo aparente.
Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades escolares	Dificuldades para reter o conhecimento escolar, dificuldades no aprendizado e leitura, atraso no desenvolvimento de habilidades educacionais.
Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades motoras	Dificuldade para realizar atividades esperadas para sua idade, decorrente de limitações no desenvolvimento neuropsicomotor (ex. Criança de seis anos que não consegue segurar o lápis com firmeza).
Severa dificuldade na interação social e às mudanças na rotina	Indivíduo que não estabelece contato com outras pessoas e pouco interage com seu círculo familiar/social (restrito ou escasso contato visual, oral e/ou tátil). Pode apresentar rejeição às mudanças na rotina, com comportamentos opostos a estas.



Desatenção com interrupção prematura de tarefas e/ou deixando tarefas inacabadas	Padrão de comportamento caracterizado por falta de atenção, resultando em desorganização, distratibilidade, esquecimentos e dificuldade de planejamento.
Comportamento provocativo, desafiador e/ou opositor persistente	Padrão de comportamento desafiante e desobediente, ocorre recorrentemente e pode ser direcionado às figuras de autoridade ou colegas e pode associar-se a comportamentos agressivos e vingativos.
Comportamentos ou reações emocionais que não correspondem ao esperado para a idade biológica	Tendência a apresentar comportamentos ou reações afetivas características de épocas anteriores ao atual nível de desenvolvimento e experiência pessoal (também denominado puerilismo ou infantilismo afetivo) e/ou manifestações precoces de sexualidade inconsistente com o período de desenvolvimento. Inclui enurese, encoprese, pesadelo e terror noturno.
GRUPO V Fatores que podem se constituir em agravantes de problemas de saúde mental já identificados Refere-se à condição de vida atual do usuário sendo baseados nos fatores de risco e proteção.	
SINAIS E SINTOMAS	DESCRIÇÃO
Resistência ao tratamento, refratariedade ou não adesão	Resposta inefetiva a diversos tratamentos administrados de maneira adequada, seja por não aderência do usuário, por permanência dos sintomas, ou por evidências de fracasso nos tratamentos psiquiátricos anteriores.
Recorrência ou Recaída	Retorno da atividade de uma doença após um período de pelo menos 02 meses em que houve remissão (desaparecimento) completa dos sintomas. Pode ser uma manifestação clínica ou laboratorial. Um 1º episódio é considerado único, episódios subsequentes são “recorrentes” ou “recidivantes”.
Exposição continuada ao estresse ou evento traumático acima do individualmente suportável	Quando o indivíduo convive repetidamente ou por tempo prolongado, com eventos ou circunstâncias em sua vida pessoal, familiar, profissional ou social, ou, ainda, quando passou por evento traumático, que gerem alteração, reação ou sofrimento emocional inevitável e acima do individualmente suportável.
Precariedade de suporte familiar e/ou social com ou sem isolamento social e distanciamento afetivo	Quando não há familiares e/ou pessoas de sua comunidade disponíveis para prestar alguma assistência, supervisão, monitoramento ou encaminhamento para tratamento; com ou sem tendência a manter-se afastado do convívio e/ou contato familiar ou social.
Testemunha de violência	Pessoa que assistiu de forma presencial ato de violência física contra terceiros.
Autor ou vítima de violência interpessoal	Pessoa que sofreu ou cometeu ato de violência física contra terceiros.



Perda da funcionalidade familiar e/ou social (autonomia)		Quando o indivíduo perdeu a capacidade de gerenciar sua vida, necessitando auxílio constante de outras pessoas.
Perda progressiva da capacidade funcional, ocupacional e social decorrentes de um agravo de saúde		Quando o indivíduo tem alteração ou condição de saúde que interfere diretamente e progressivamente em seu desempenho de atividades funcionais, ocupacionais e sociais. Um exemplo é uma pessoa que adquire uma doença e passa a ter limitações decorrentes da evolução da mesma.
Vulnerabilidade social		Situação de pessoas ou grupos com dificuldades devido a condições socioeconômicas, de moradia, educação, trabalho, acesso, oportunidades e fatores como gênero, raça/cor/etnia, migração, entre outros que interferem na qualidade de vida.
Histórico familiar de transtorno mental / dependência química / suicídio		Quando algum familiar direto do usuário possui algum transtorno mental, podendo incluir dependência química a álcool ou outras drogas e histórico de tentativas de suicídio.
Comorbidade ou outra condição crônica de saúde associada		Quando uma ou mais doenças ou condições crônicas estão presentes ao mesmo tempo que o transtorno mental.
Faixa etária > 60 anos e < de 18 anos		Pessoa com idade cronológica superior a 60 (sessenta) anos e inferior a 18 (dezoito) anos.
Abandono e/ou atraso escolar		Quando o aluno deixa de ir à escola ou está em atraso de no mínimo 02 (dois) anos consecutivos do período escolar.
CONDIÇÕES ESPECIAIS	São condições que exigem maior atenção e cuidado da equipe independentemente do risco identificado pelo instrumento.	• GESTÃO E MATERNIDADE RECENTE⁶; • GRUPOS VULNERÁVEIS (EX: INDÍGENA, LGBTQIA+, MIGRANTE, PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA, POPULAÇÃO EXPOSTA A AGROTÓXICOS) • DEFICIÊNCIA INTELECTUAL MODERADA OU SEVERA.
EVENTOS AGUDOS	Nestas situações não se faz estratificação de risco, pois são consideradas situações de urgência para as quais deve ser aplicada a classificação de risco como em qualquer outro evento agudo	• TENTATIVA DE SUICÍDIO; • CRISE; • SURTO PSICÓTICO.

Referências

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 2017.

⁶ Parto ocorrido há menos de um ano.



BRASIL. Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 2017.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre, 2000. Editora Artes Médicas do Sul

MIGUEL, Eurípedes Constantino; GENTIL, Valentim & GATTAZ, Wagner Farid. *Clínica psiquiátrica*. Barueri, SP: Manole, 2011.

MELLO, Marcelo Feijó de, MELLO; Andrea de Abreu Feijó de; KOHN, Robert, organizadores. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007

MENDES, Eugenio Vilaça. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o impeditivo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: OPAS/OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OLIVEIRA, José Menna ; LIMA, Roberto Pierobom. *O exame do estado mental*. 1ª. ed. Pelotas (RS): Editora e Gráfica Universitária - UFPel, 2000. v. 1. 230p

SANTOS, Élem Guimarães dos; SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [online]. 2010, v. 59, n. 3: 238-246.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental health policy, plans and programmes (Mental health policy and service guidance package)*. Singapore, 2004.



ANEXO 2 – Ficha de Notificação Obrigatória



Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal 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, pessoa com deficiência, pessoa com transtorno, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual									
	2	Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA									
	3		Data da notificação										
	4	UF	5	Município de notificação	Código (IBGE)								
Notificação Individual	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							
	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade		9		Data da ocorrência da violência					
	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)									
	10	Nome do paciente				11		Data de nascimento					
	12	(ou) Idade		13 Sexo		14 Gestante		15 Raça/Cor					
	1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		1- 1º Trimestre 2- 2º Trimestre 3- 3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado						
	16 Escolaridade												
	0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica												
	17 Número do Cartão SUS				18 Nome da mãe								
	Dados de Residência	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 9 - Ignorado									
Dados Complementares													
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social				34 Ocupação								
	35 Situação conjugal / Estado civil												
	1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado												
	36 Orientação Sexual				37 Identidade de gênero:								
1- Heterossexual 2- Homossexual (gay/lésbica)				3- Bissexual 8- Não se aplica 9- Ignorado				3- Homem Transexual 8- Não se aplica 9- Ignorado					
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?				39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?				1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado					
1- Sim 2- Não 9- Ignorado				Deficiência Física Deficiência visual Deficiência intelectual Deficiência auditiva				Transtorno mental Outras Transtorno de comportamento					
Dados da 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		Geo campo 4		49		Ponto de Referência		50		Zona		
									1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		51		Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)
	52		Local de ocorrência		07 - Comércio/serviços		53		Ocorreu outras vezes?				
	01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola		04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública		08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		54		A lesão foi autoprovocada?		
									1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				

Violência	55 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 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Física ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Intervenção legal ☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Outros ☐ Tortura ☐ Negligência/Abandono ☐ Trabalho infantil ☐ Sexual		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Força corporal/espandimento ☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento ☐ Substância/Obj. quente ☐ Ameaça ☐ Obj. contundente ☐ Envenenamento, Intoxicação ☐ Outro		
	58 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 agressão	59 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		
	60 Número de envolvidos 1- Um ☐ 2- Dois ou mais ☐ 9- Ignorado 61 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 ☐ Madrasta ☐ Filho(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Pessoa com relação institucional ☐ Cônjuge ☐ Irmão(ã)		
Encaminhamento	62 Sexo do provável autor da agressão 1- Masculino ☐ 2- Feminino ☐ 3- Ambos os sexos ☐ 9- Ignorado 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim ☐ 2- Não ☐ 9- Ignorado ☐		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: ☐ 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4- 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outas) ☐ Conselho do Idoso ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher ☐ Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) ☐ Delegacia de Atendimento ao Idoso ☐ Outras delegacias ☐ Rede da 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		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho ☐ 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) ☐ 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		
69 Data de encerramento			

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante	Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
----------------------	----------------------------	----------------

Observações Adicionais:

Disque-Saúde
0800 61 1997

TELEFONES ÚTEIS
Central de Atendimento à Mulher
180

Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes
100

Notificador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função
Assinatura		

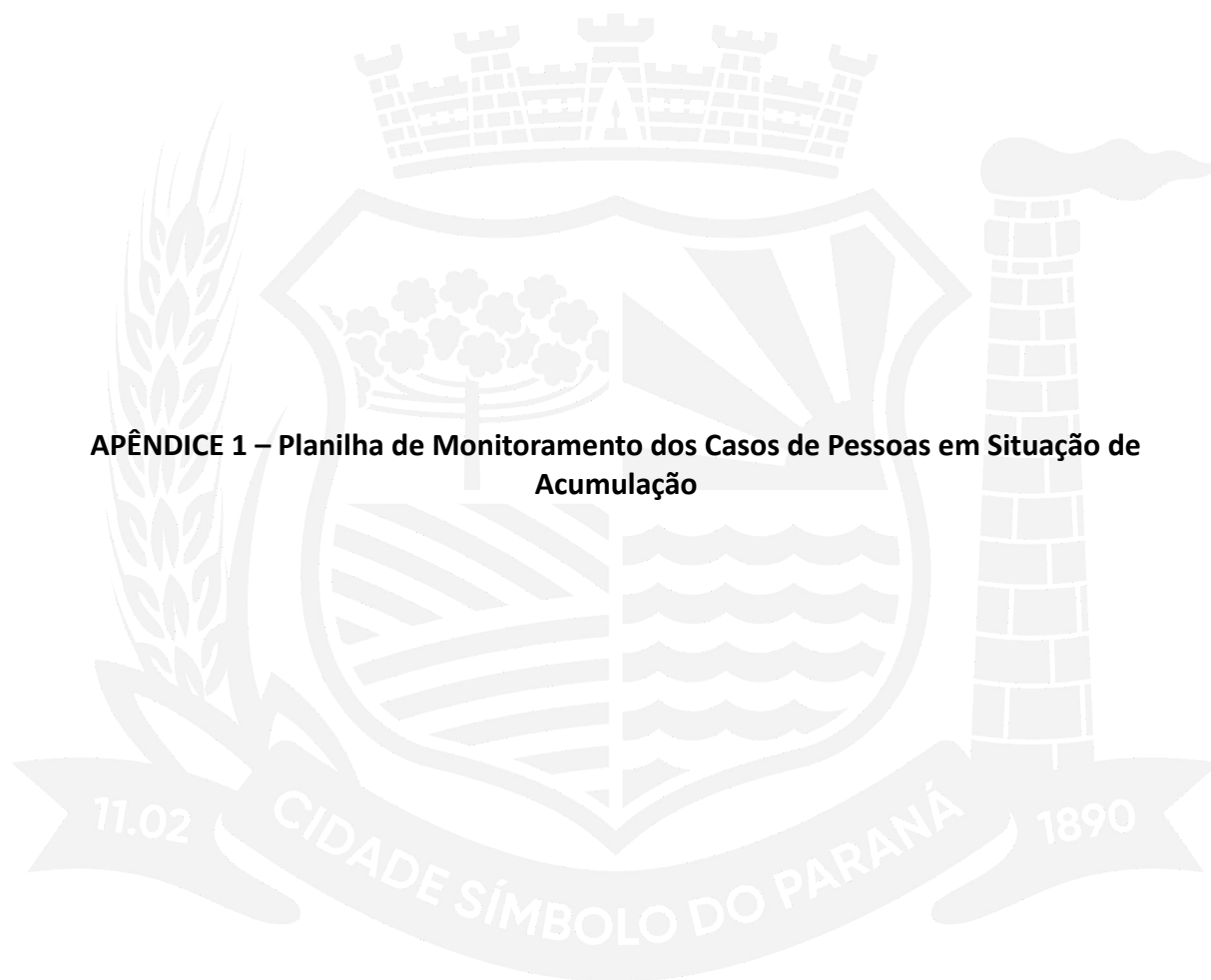
Violência interpessoal/autoprovoada

Sinan

SVS 03.06.2015

11. APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Planilha de Monitoramento dos Casos de Pessoas em Situação de Acumulação



PARA CONFERENCIA DO SEU CONTÉUDO ACESSAR: <https://cibm.com.br/pe893763efb6be>

Observação: "Os dados desta planilha são confidenciais e de uso restrito dos membros que compõem o Comitê Regional de Atenção Integral à Pessoa em Situação de Acumulação - CRASA e do Comitê Intersecretarial de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação. É expressamente proibido o uso não autorizado, replicação ou disseminação de seu conteúdo".

APÊNDICE 2 – Formulário Para Visita Domiciliar À Pessoa Em Situação De Acumulação



Formulário Para Visita Domiciliar À Pessoa Em Situação De Acumulação

Acumulação Data	
Profissionais	
Unidade de Saúde de Referência	

1) Perfil Psicossocial

Nome completo	
Endereço	
Telefone(s)	
Data de Nascimento	
Estado Civil	
Gênero	(☐) Feminino (☐) Masculino (☐) Prefiro não dizer
Escolaridade	
Profissão	
Moradores no mesmo endereço	
Relata algum problema de saúde?	
Relata histórico de tratamento em saúde mental e local?	



2) Observar perfil dos itens acumulados

☐ Animais ☐ Roupas ☐ Materiais Recicláveis ☐ Comida ☐ Equipamentos eletrônicos	
☐ Outros	

3) Observar o nível de obstrução gerada pelos resíduos acumulados dentro do domicílio:
 (circular apenas um)

☐ 1 - Pouca	Itens normalmente usados em uma semana não são guardados. Por exemplo: roupas no chão, utensílios na pia.
☐ 2 - Leve	Itens cobrindo todas as mesas, camas, móveis, mas ainda com capacidade para transitar com facilidade pelos cômodos.
☐ 3 - Moderada	Itens empilhados até a altura da cintura apenas com passagens através dos cômodos.
☐ 4- Severa	Itens empilhados em lugares altos, saídas bloqueadas, acesso mínimo às instalações.

4) Observar questões relacionadas a saneamento:

☐ Comida estragada ☐ Fezes ☐ Ratos/Insetos	
☐ Outros	

5) Observar se a desordem causa prejuízo na execução das seguintes tarefas:

☐ Preparar comida ☐ Dormir na cama ☐ Usar o banheiro	
☐ Outros	

6) Observar se os moradores têm acesso a:

Fogão	☐ sim ☐ não
Geladeira	☐ sim ☐ não
Chuveiro	☐ sim ☐ não
Vaso Sanitário	☐ sim ☐ não



Porta da Frente	() sim () não
Corredores	() sim () não

7) Observar em caso de acúmulo de animais:

Gatos	Quantidade relatada:	Quantidade observada:
Cachorros	Quantidade relatada:	Quantidade observada:
Outros animais:	Quantidade relatada:	Quantidade observada:
Em qual ambiente estão os animais: () Soltos no quintal () Presos em correntes () Presos em Canis () Dentro do domicílio		
() Outros:		

8) Identificou condição de vida precária e/ ou situação de maus-tratos aos animais?

--

9) Identificou ou suspeitou de situação de violência, negligência, abandono?

() não	() sim, em qual (is) indivíduo (s):
() idoso (a) () mulher () criança/adolescente () pessoa com deficiência	
() Outros:	

10) A comunicação através do envio da ficha de notificação de violência ao serviço de referência foi realizada em qual data?

--



12. HISTÓRICO DE REVISÕES

Identificação: Protocolo de Atenção À Pessoas em Situação de Acumulação			
Edição	Elaborado por	Aprovado por	Descrição da Edição
01	Equipe Multidisciplinar Intersetorial 20/12/2022	Isabella Queiroga Ramos Floering 20/12/2022	Elaboração do protocolo
02	Equipe Multidisciplinar Intersetorial 18/09/2025	Equipe Multidisciplinar Intersetorial 18/09/2025	Revisão do protocolo

