



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE ANIMAL INTEGRADA À SAÚDE
PÚBLICA

MATHEUS GOMES MAGALHÃES LEIROS

RELATÓRIO DE DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES DO PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA E A QUEDA DA COBERTURA VACINAL E A REEMERGÊNCIA DO
SARAMPO NO BRASIL: UMA ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA DO PERÍODO
2010-2024.

Recife – PE

2026

MATHEUS GOMES MAGALHÃES LEIROS

**RELATÓRIO DE DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES DO PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA E A QUEDA DA COBERTURA VACINAL E A REEMERGÊNCIA DO
SARAMPO NO BRASIL: UMA ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA DO PERÍODO
2010-2024.**

Trabalho de conclusão do Programa de Residência em Saúde Animal Integrada à Saúde Pública como requisito para obtenção de título de Residente em Saúde Coletiva.

Tutora: Profa. Dra. Erika Fernanda Torres Samico-Fernandes

Recife – PE

2026

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

L525r Leiros, Matheus Gomes Magalhães.
Relatório de descrição de atividades do Programa de Residência e a queda da cobertura vacinal e a reemergência do sarampo no Brasil: uma análise sociodemográfica do período 2010-2024 / Matheus Gomes Magalhães Leiros. - Recife, 2026.
127 f.; il.

Orientador(a): Erika Fernanda Torres Samico-Fernandes.

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

Inclui referências, apêndice(s) e anexo(s).

1. Educação em saúde. 2. Medicina interna veterinária. 3. Residentes (Medicina veterinária). 4. Saúde Pública 5. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Samico-Fernandes, Erika Fernanda Torres, orient. II. Título

CDD 636.089

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE ANIMAL INTEGRADA À SAÚDE
PÚBLICA

RELATÓRIO DE DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES DO PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA E A QUEDA DA COBERTURA VACINAL E A REEMERGÊNCIA DO
SARAMPO NO BRASIL: UMA ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA DO PERÍODO
2010-2024.

Trabalho de conclusão de Residência elaborado por

MATHEUS GOMES MAGALHÃES LEIROS

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Erika Fernanda Torres Samico-Fernandes

Departamento de Med. Veterinária – UFRPE

Jéssyk Patrícia da Silva Ferreira

Coordenação de vigilância das Doenças Imunopreveníveis - SESPE

Monik Silva Duarte

Diretoria Geral de Vigilância em Saúde e Atenção Primária - SESPE

Janaina Gomes Feitosa

Diretoria Geral de Vigilância em Saúde e Atenção Primária – SESPE

DEDICATÓRIA

Dedico ao meu pai, que por tudo que abdicou, construiu um homem que honra seus passos. Gostaria que minha jornada fosse a confirmação de que tudo valeu a pena. Se hoje eu cuido, é porque um dia você me cuidou. Olho no espelho e vejo o fruto de sua dedicação e sensibilidade. Gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a minha família, Wellington, Nadja, e Lucas, meus maiores exemplos de carinho e dedicação. Sem vocês, jamais teria chegado a esse momento. E a Karol — que no meu TCC chamei de namorada, e hoje chamo de noiva — por me acompanhar e cuidar de mim em cada etapa.

Agradeço à minha orientadora, Professora Erika, por toda disponibilidade e confiança. À professora Renata, Professor Daniel e Professor Aderaldo, que conduziram tão bem essa formação, com humanidade e, sobretudo, respeito.

À Universidade Federal Rural de Pernambuco, à Secretária Municipal de Saúde de Camaragibe/PE e à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, pela oportunidade de vivenciar o SUS da maneira mais linda possível. Gratidão a todos os profissionais que fizeram parte desta minha etapa, de forma tão generosa e acolhedora.

Foi uma trajetória cheia de desafios, porém, repleta de triunfos. Gratidão a todos que fizeram parte dela.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo descrever as experiências vivenciadas no Programa de Residência em Área Profissional de Saúde em Medicina Veterinária, vinculado à Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), na área de concentração em Saúde Animal Integrada à Saúde Pública. Trata-se de uma especialização *lato sensu*, estruturada sob a metodologia de treinamento em serviço e regime de dedicação exclusiva, com duração de 24 meses e carga horária total de 5.760 horas, distribuídas entre atividades práticas, teóricas e teórico-práticas. Inicialmente, os residentes participaram do Núcleo Comum Obrigatório, composto por disciplinas presenciais voltadas à formação interdisciplinar em saúde, além de unidades curriculares específicas relacionadas às vivências em vigilância, atenção primária e rede de atenção à saúde. As atividades práticas foram desenvolvidas em dois cenários distintos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): no primeiro ano, na Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe/PE, e no segundo ano, na Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Ao longo da residência, o residente atuou em processos de vigilância em saúde, vigilância sanitária, doenças imunopreveníveis, educação permanente e atividades transversais, contribuindo para o fortalecimento da integração ensino-serviço e para o desenvolvimento de competências técnicas, analíticas e de gestão. As vivências relatadas evidenciam a relevância da residência como estratégia de formação qualificada para atuação do médico-veterinário no SUS, alinhada às necessidades epidemiológicas, organizacionais e sociais da saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde; Medicina Veterinária; Residência em Saúde; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Busca de pacientes no SI-PNI para qualificação de fichas de notificação de intoxicação exógena	20
Figura 2 - Encontro mensal da e-Multi, conduzido pelo médico-veterinário sanitarista adscrito do território quatro.	21
Figura 3 - Grupo de Trabalho voltado ao encerramento de casos de sífilis congênita em aberto.	22
Figura 4 - Encontro do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIM) para alinhamento de ações sobre arboviroses em escolas municipais.	22
Figura 5 - Treinamento para Técnico no Sistema SIES para Hanseníase, promovido pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.	23
Figura 6 - Georreferenciamento interativo de casos potenciais de intoxicação exógena relacionada ao amianto, elaborada na plataforma Google Maps.	25
Figura 7 - Coleta de larvas em focos de água parada para posterior identificação entomológica e registro.	27
Figura 8 - Aplicação de larvicida após identificação de foco de mosquitos e coleta para análise entomológica.	27
Figura 9 - Análise entomológica e identificação morfológica de larvas de <i>Aedes aegypti</i> em laboratório.	28
Figura 10 - Visita domiciliar para apuração de denúncia de maus-tratos, em residência com seis cães e diversas aves. Animais apresentavam sinais de maus-tratos e tutor afirmou que utilizava os mesmos para procriação e venda.	29
Figura 11 - Visita domiciliar para apuração de denúncia de maus-tratos reportada por vizinhos, em residência com condições precárias de habitabilidade. Os animais identificados não apresentavam sinais clínicos de maus-tratos.	30
Figura 12 - Felinos com lesões sugestivas de infecção por Esporotricose.	31
Figura 13 - Inspeção realizada por ASACE em escola municipal com histórico de aparecimento de escorpiões, evidenciando acúmulo de entulho e outros fatores ambientais predisponentes.	32
Figura 14 - Identificação de caramujos durante inspeção realizada em Unidade Básica de Saúde	33
Figura 15 - Identificação de presença de pombos durante inspeção em escola municipal, ao lado da cozinha em que a merenda era preparada. Evidenciou-se o descarte incorreto de alimentos, que atraía os animais.	33
Figura 16 - Reunião do grupo de trabalho sobre Pessoas em Situação de Aumulação para elaboração de PTS.	34
Figura 17 - Avaliação de animais da comunitária. Foi possível observar um ambiente insalubre e animais com sinais de maus tratos.	35
Figura 18 - Vacinação antirrábica dos cães e gatos pela equipe da vigilância ambiental e distribuição de sabonetes de Melão de São Caetano, confeccionados pelos residentes em parceria com o médico-veterinário da e-Multi	35
Figura 19 - Processamento de amostras de água para análise de parâmetros físicos.	37
Figura 20 - Processamento de amostras de água para análise de parâmetros microbiológicos. Após incubação em estufa, uma das amostras apresentou positividade para <i>Escherichia coli</i> , indicando contaminação fecal.	37
Figura 21 - “e-Pasta” criada para distribuição de materiais durante evento. A iniciativa evitou o uso, efetivamente, de 10.780 folhas de papel ofício e 110 pastas de PVC (Anexo E)	38
Figura 22 - Formação “Abordagem do papel do supervisor sob uma nova perspectiva” destinada a supervisores de ASACE.	38

Figura 23 - Exemplo de material construindo conjuntamente durante a formação, abordando casos recorrentes no cotidiano de trabalho dos ASACE.	39
Figura 24 - Ponto de vacinação volante montado na Praça Maria Amazonas, local de intensa movimentação no município. Na ocasião, foram imunizados 98 animais.	39
Figura 25- Equipe de residentes, em parceria com profissionais da e-Multi e gerente de território, conduzindo ação de teatro de fantoches, demonstrando a utilização de tecnologias leves de educação em saúde para engajar e sensibilizar o público infantil sobre prática de prevenção de arboviroses e promoção da Saúde Única.	43
Figura 26 - Alunos de escola municipal após ação de teatro de fantoches, com cartaz produzido espontaneamente contendo mensagens abordadas durante a atividade, evidenciando a capacidade dos escolares de assimilar e disseminar os conteúdos de educação em saúde.	43
Figura 27 - Material gráfico criado pelo residente para intervenção educativa de perguntas e respostas em escola estadual.	45
Figura 28 - Ação “Show do Milhão Camaragibense” conduzida em escola estadual.	45
Figura 29 - Ação sobre Febre do Oropouche, o manejo de animais sinantrópicos e a gestão ambiental de resíduos, conduzida com professores de escola municipal.	47
Figura 30 - Dinâmica de “Trilha de caça aos focos” conduzida com alunos de escola municipal.	48
Figura 31 - Condução do evento “A influência das mídias sociais em transtornos de ansiedade e autoimagem”, que ocorreu de forma presencial e foi exibido no canal do Youtube da Prefeitura de Camaragibe.	49
Figura 32 - Reunião mensal de planejamento de inspeções sanitárias com equipe da Vigilância Sanitária de Camaragibe.	51
Figura 33 - Descarte de molho vencido na pia e de carne inadequadamente acondicionada, com utilização de produtos de limpeza para assegurar a inutilização completa, prevenindo seu uso posterior pelo estabelecimento.	52
Figura 34 - Ovos sem registro do MAPA identificados em inspeção a supermercado e irregularidades de câmara fria.	53
Figura 35 - Sabão utilizado na lavagem de roupas de internos, descartado por ausência de registro sanitário, representando risco à saúde de quem o manipula.	54
Figura 36 - Produtos de estética confiscados e descartados devido ao vencimento do prazo de validade, evidenciando irregularidades sanitárias e risco ao usuário.	55
Figura 37 - Medicamentos de uso exclusivo em ambiente hospitalar encontrados à venda em farmácia comum.	56
Figura 38 - Armário de medicamentos controlados interditado pela equipe da vigilância sanitária. É possível observar que o dono da farmácia cobriu a tarja de interdição com papéis a fim de escondê-las.	57
Figura 39 - Página inicial da plataforma Sistema Eletrônico de Informações (SEI).	59
Figura 40 - Nota Técnica da APEVISA a respeito das intoxicações por pomadas capilares.	61
Figura 41 - Painel BI para monitoramento de indicadores do PQA VS.	62
Figura 42 - Notícia sobre o lançamento do programa Pernambuco Acessível.	63
Figura 43 - Painel de monitoramento de etapas de planos operacionais de governo.	63
Figura 44 - 5º Termo de Ajuste ao 106º Termo de Cooperação Técnica para qualificação da atenção à saúde de Pernambuco.	64
Figura 45 - Apresentação do novo organograma da Secretaria Executiva, elaborado pelo residente, no I Encontro de Integração da SEVSAP. Equipe do GEMAAI, responsável pela organização, reunida durante o evento.	65
Figura 46 - Comissão organizadora reunida durante o Congresso Pernambucano de Inovação & Integração em Saúde (CPIIS).	66

Figura 47 - Sala de apresentação de resumos submetidos na modalidade Pôster.	67
Figura 48 - Fluxograma do roteiro para confirmação ou descarte de caso suspeito de sarampo.	70
Figura 49 - Instrumentos de monitoramento e registro de evolução de casos suspeitos de sarampo e rubéola.	70
Figura 50 - Instrumentos utilizados para monitoramento e registro de evolução de casos suspeitos de sarampo e rubéola.	71
Figura 51 - Nota Técnica que instituiu o 4º “DIA S” – Dia de mobilização nacional para realização de buscas ativas de casos suspeitos de sarampo e rubéola em 2025.	72
Figura 52 - Material de divulgação do 4º “DIA S” em Pernambuco.	73
Figura 53 - Reunião com todas as GERES para apresentação de novos instrumentos de coleta de dados em tempo real.	74
Figura 54 - Oficina de doenças imunopreveníveis para a XII GERES, realizada no município de Goiana.	75
Figura 55 - Página inicial do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) da ESPPE.	76
Figura 56 - Construção da matriz curricular do Curso Básico de Vigilância Sanitária.	77
Figura 57 - Esboço dos personagens criados pelo residente, antes da elaboração da versão final pela equipe de designers.	77
Figura 58 - Visual do curso após o lançamento, elaborado utilizando como base os personagens construídos anteriormente.	78
Figura 59 - Lançamento oficial do curso na plataforma oficial do YouTube da ESPPE.	79
Figura 60 - Disponibilização do curso online no AVA da instituição.	79
Figura 61 - Reunião mensal do conselho Municipal de Saúde de Camaragibe.	80
Figura 62 - 1ª Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e de Educação em Saúde de Camaragibe.	81
Figura 63 - 5ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.	82
Figura 64 - Residentes na I Mostra de Experiências Exitosas em Saúde de Camaragibe.	82
Figura 65 - Dinâmicas desenvolvidas durante a condução do curso EdPopSUS.	83
Figura 66 - Página de Instagram do Pet Saúde Equidade Camaragibe.	84
Figura 67 - Reunião geral, com todos os grupos de trabalho, do Pet Saúde Equidade Camaragibe.	84
Figura 68 - Página inicial do evento “Religião, Diálogo e Diversidade: Construindo Pontes em um Mundo Plural”.	85
Figura 69 - Participantes do evento “Religião, Diálogo e Diversidade: Construindo Pontes em um Mundo Plural”.	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Cobertura vacinal da vacina Tríplice Viral (D1 e D2), Brasil, 2010 – 2024.	110
Tabela 2 - Casos confirmados de sarampo por origem da infecção, Brasil, 2010–2024.	111
Tabela 3 - Casos confirmados de sarampo por região de notificação, Brasil, 2010–2024.	112
Tabela 4 - Distribuição anual dos casos confirmados de sarampo segundo a evolução clínica, Brasil, 2018-2021.	114
Tabela 5* - Distribuição de óbitos por sarampo segundo região, Brasil, 2018-2021.	114
Tabela 6 - Casos confirmados de sarampo por faixa etária, Brasil, 2010–2024.	116
Tabela 7 - Casos confirmados de sarampo distribuídos por raça/cor, Brasil, 2010–2024.	117
Tabela 8 - Distribuição de óbitos por sarampo distribuídos por raça/cor, Brasil, 2010 – 2024.	118
Tabela 9 - Distribuição de casos e óbitos por sarampo por grau de escolaridade, Brasil, 2010-2024.	120

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Atividades teóricas desenvolvidas durante o período de residência.	17
Quadro 2 - Distribuição das atividades técnico-operacionais desenvolvidas durante o período de vivência na Vigilância Epidemiológica e Vigilância em saúde do Trabalhador de Camaragibe -PE.	19
Quadro 3 - Distribuição de visitas domiciliares e intervenções de campo desenvolvidas durante o período de vivência na Vigilância em Saúde Ambiental de Camaragibe -PE.	26
Quadro 4 - Quantitativo de estabelecimentos relacionados a alimentos inspecionados durante o período de vivência.	51
Quadro 5 - Quantitativo de estabelecimentos de saúde e interesse à saúde inspecionados durante o período de vivência.	54

SUMÁRIO

Capítulo I - Descrição de Atividades do Programa de Residência em Saúde Animal Integrada à Saúde Pública	16
1. INTRODUÇÃO	16
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	16
2.1 Atividades Teóricas	16
2.2 Atividades Práticas e Teórico-Práticas	17
3. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE/PE	18
3.1 Vigilância Epidemiológica e Vigilância em saúde do Trabalhador de Camaragibe -PE	18
3.1.1 Sistemas de informações em saúde	20
3.1.2 Articulação, gestão e integração intersetorial	21
3.1.3 Gestão de estoque de kits de hanseníase	23
3.1.4 Investigações epidemiológicas	24
3.1.5 Produção de materiais e instrumentos de gestão	26
3.2 Vigilância em Saúde Ambiental de Camaragibe - PE.....	26
3.2.1 Vigilância de Arboviroses	28
3.2.2 Inspeções Zoossanitárias para Apuração de Denúncias	30
3.2.3 Vigilância de Zoonoses e Epizootias	31
3.2.4 Manejo de Fauna Peçonhenta e Sinantrópica	32
3.2.5 Pessoas em Situação de Acumulação.....	35
3.2.6 Atividades Laboratoriais e Uso de Sistemas de Informação	37
3.2.7 Organização de Eventos e Ações de Educação em Saúde	38
3.2.8 Campanha de vacinação antirrábica	40
3.2.9 Produção de Material Educativo e de Comunicação	41
3.3 Programa Saúde na Escola (PSE – Camaragibe)	42
3.3.1 Gestão de Sistemas e Monitoramento de Indicadores.....	42
3.3.2 Ações Educativas e Metodologias Ativas	43
3.3.3 Gestão Intersetorial e Saúde Mental	49
3.4 Vigilância Sanitária de Camaragibe	50
3.4.1 Inspeção de estabelecimentos relacionados a alimentos.....	52
3.4.2 Inspeção de estabelecimentos de saúde e interesse a saúde	54
3.4.2 Aprimoramento da Gestão de Prazos nas Ações de Vigilância Sanitária.....	58

4. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO (SESPE).....	58
4.1. Gerência Estratégica de Monitoramento, Avaliação e Articulação Institucional (GEMAAI)..	59
4.1.1 Relatório Anual de Gestão (RAG)	60
4.1.2 Eventos de importância para a saúde pública	61
4.1.3 Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS).....	62
4.1.4 Planos Operacionais de Governo	63
4.1.5 Termos de Cooperação (TC) da OPAS/OMS com o Brasil	64
4.1.6 Construção de organograma.....	65
4.1.7 Organização de eventos e oficinas.....	65
4.2 Coordenação de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis	68
4.3 Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE).....	75
5. ATIVIDADES COMPLEMENTARES E TRANSVERSAIS.....	79
5.1 Controle Social	80
5.2 Eventos e oficinas.....	82
5.3 Pet Saúde Equidade.....	83
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
7. REFERÊNCIAS	85
Anexo A - Apresentação e menção honrosa do relato “Vigilância e georreferenciamento de casos potenciais de doenças ocupacionais relacionadas ao amianto em Camaragibe – PE”, publicado na 4ª Mostra de Experiências Exitosas em Conferências de Saúde.....	88
Anexo B - Fluxo para o recebimento de medicamentos destinados a pacientes com hanseníase e tuberculose/infecção latente da tuberculose (ILTB).....	89
Anexo C - Instrumento para o monitoramento do Grau de Incapacidade em pessoas acometidas por hanseníase	90
Anexo D - Relato de caso “O Animal como Porta de Entrada: Fortalecendo o Vínculo de Cuidado Junto a uma Paciente com Transtorno de Acumulação em Camaragibe - PE”, apresentado na I MEX-SAÚDE PE.	91
Anexo E - “e-Pasta” criada para distribuição de materiais durante o Fórum Municipal Integrado em Saúde sobre Febre do Oropouche.	92
Anexo F - “Cartilha Esquistossomose: do histórico da doença à importância para a Saúde, publicada pela Editora Universitária da UFRPE.....	93
Anexo G - Panfleto educativo para controle de pombos, distribuído pela equipe da Vigilância em Saúde Ambiental durante inspeções.	94
Anexo H - Panfleto sobre Esporotricose, distribuído pela equipe da Vigilância em Saúde Ambiental durante inspeções.	95
Anexo I – Relato de experiência sobre Show do Milhão Camaragibense, publicado em anais do I Encontro de Saúde Única do GESU: Atualidades e Desafios Emergentes	96
Anexo J - Relato de experiência sobre Trilha de Caça aos Focos, publicado em anais do I Encontro de Saúde Única do GESU: Atualidades e Desafios Emergentes.	97

Anexo K – Material gráfico e transmissão ao vivo da Live de Saúde Mental.....	98
Anexo L - Instrumento de monitoramento de retorno de inspeções sanitárias a estabelecimentos.	99
Anexo M - Fluxograma orientador em de etapas para cumprimento de planos operacionais de governo.	100
Anexo N – Organograma SEVSAP.....	101
Anexo O - Instrumentos de coleta de dados em tempo real e monitoramento de BAC e BAI no DIA S.....	102

Capítulo II - A Queda da Cobertura Vacinal e a Reemergência do Sarampo no Brasil: Uma Análise Sociodemográfica do Período 2010-2024.....	103
1. INTRODUÇÃO	104
2. OBJETIVOS	106
2.1 Objetivos Gerais	106
2.2. Objetivos Específicos.....	106
3. METODOLOGIA.....	106
4. RESULTADOS	107
4.1. Cobertura vacinal	108
4.2. Origem da infecção	110
4.3. Distribuição regional	111
4.4. Evolução dos casos e mortalidade	112
4.5. Critérios de confirmação	113
4.6 Perfil Sociodemográficos dos Casos	114
4.6.1 Faixa Etária	114
4.6.2 Raça/Cor	115
4.6.3 Gênero.....	117
4.6.4 Escolaridade	118
5. DISCUSSÃO	119
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
7. REFERÊNCIAS	123

Capítulo I - Descrição de Atividades do Programa de Residência em Saúde Animal Integrada à Saúde Pública

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Residência em Área Profissional de Saúde em Medicina Veterinária, vinculado à Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), configura-se como uma especialização *lato sensu* fundamentada na metodologia de treinamento em serviço. Sob regime de dedicação exclusiva, a modalidade visa a imersão do médico-veterinário em cenários reais de prática profissional, promovendo o desenvolvimento de competências técnicas e éticas indispensáveis à rotina do Sistema Único de Saúde (SUS). A estrutura curricular do programa estende-se por um biênio (24 meses), totalizando uma carga horária de 5.760 horas. Este montante é distribuído em uma jornada semanal de 60 horas, das quais 80% (4.608 horas) destinam-se a atividades práticas e 20% (1.152 horas) ao suporte teórico e teórico-prático. Dentre as onze frentes de especialização oferecidas pela instituição sede (Campus Dois Irmãos), o presente relatório descreve as experiências vivenciadas na área de concentração em Saúde Animal Integrada à Saúde Pública.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

2.1 Atividades Teóricas

No início do Programa de Residência em Área Profissional de Saúde em Medicina Veterinária, todos os alunos vivenciaram o Núcleo Comum Obrigatório (NCO), que consistia em disciplinas ministradas de forma presencial, no Departamento de Medicina Veterinária (DMV) da UFRPE, entre os meses de março e abril de 2024. A disciplina Seminário de Conclusão de Residência, foi cursada em fevereiro de 2025 e Trabalho de Conclusão de Residência, realizada em fevereiro de 2026. Além disso, os alunos do Programa de Residência em Saúde Animal Integrada à Saúde Pública integralizaram as disciplinas de Vivências em Vigilância e Atenção Primária à Saúde e Vivências na Rede de Atenção à Saúde. Estas unidades curriculares compreenderam um ciclo de duas semanas de atividades letivas presenciais, realizadas imediatamente após a conclusão do Núcleo Comum (NCO), além de sessões presenciais dedicadas à sistematização e apresentação dos relatórios de acompanhamento bimestral, totalizando 165 horas ao longo dos dois anos de programa.

Quadro 1 - Atividades teóricas desenvolvidas durante o período de residência.

Disciplina cursada	Carga Horária
Bioética e Ética Profissional em Medicina Veterinária	45
Bioestatística	60
Epidemiologia e Medicina Veterinária Preventiva	60
Metodologia do Trabalho Científico	60
Políticas Públicas de Saúde	45
Integração Ensino e Serviço	45
Seminário de Conclusão de Residência	60
Trabalho de Conclusão de Residência	60
Vivências em Vigilância e Atenção Primária à Saúde	75
Vivências na Rede de Atenção à Saúde	90
Total	600

Fonte: Autoria própria, 2026.

2.2 Atividades Práticas e Teórico-Práticas

A estrutura metodológica do programa priorizou a imersão prática e teórico-prática, concentrando nessas modalidades o maior quantitativo da carga horária, que totaliza 4.608 horas (80% da carga horária total). Essa configuração proporcionou ao residente um cenário de aprendizagem privilegiado, favorecendo a consolidação de competências técnicas e o acúmulo de experiências em contextos reais de atuação profissional.

As atividades práticas e teórico-práticas foram realizadas após a conclusão das atividades teóricas. O primeiro ano ocorreu na Prefeitura Municipal de Camaragibe/PE, na Secretária Municipal de Saúde, enquanto o segundo ano de atividades ocorreu na Secretaria

Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária (SEVSAP) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SESPE).

3. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE/PE

A emancipação política de Camaragibe ocorreu em 14 de maio de 1982, data em que seu território foi desmembrado de São Lourenço da Mata por força da Lei Estadual nº 8.951. No contexto da regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) em Pernambuco, o município está inserido na I Macrorregião e integra a I Região de Saúde (I GERES), compondo um polo estratégico ao lado de unidades como Recife, Jaboatão dos Guararapes, Olinda e outros dezenove municípios da região metropolitana e adjacências.

Demograficamente, o Censo de 2022 registrou um contingente de 147.771 habitantes, o que confere ao território uma elevada concentração populacional, com densidade de 2.879,35 hab./km². Administrativamente, a cidade estrutura-se em 29 bairros, distribuídos em cinco Regiões Político-Administrativas (RPAs) conforme diretrizes da Lei Municipal nº 420/2009.

Embora a Lei Municipal nº 32/97 defina o território como integralmente urbano, Camaragibe exibe uma dualidade geográfica marcante: as RPAs 1 a 4, ao sul, apresentam características tipicamente urbanas, enquanto a RPA 5 (região de Aldeia), ao norte, preserva um perfil periurbano. Esta última distingue-se pela menor densidade populacional e características rurais, com dinâmicas econômicas e ambientais singulares. A rede de serviços de saúde está distribuída em cinco territórios planejados sob critérios socioeconômicos, culturais e epidemiológicos, assegurando a capilaridade da assistência conforme o diagnóstico local de saúde.

A vivência em Camaragibe foi dividida entre quatro setores: Vigilância Epidemiológica e Vigilância em Saúde do Trabalhador; Vigilância em Saúde Ambiental; Vigilância Sanitária; Programa Saúde na Escola.

3.1 Vigilância Epidemiológica e Vigilância em saúde do Trabalhador de Camaragibe -PE

No município de Camaragibe, a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância em Saúde do Trabalhador atuam de forma integrada, compartilhando o mesmo espaço físico e articulando-se nos aspectos logísticos e de recursos humanos. Essa organização contribuiu para a otimização dos processos de trabalho e para a integração das ações de vigilância em

saúde. No entanto, essa mesma configuração evidenciou fragilidades estruturais, especialmente relacionadas à limitação de espaço físico e à insuficiência de profissionais, fatores que restringiram a capacidade de resposta frente à diversidade de demandas e à complexidade inerente a esses serviços.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, define a Vigilância Epidemiológica como um conjunto de ações voltadas ao conhecimento, à detecção e à prevenção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças e agravos. No mesmo dispositivo legal, a Saúde do Trabalhador é compreendida como um conjunto de atividades que, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, objetiva a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, bem como a recuperação e a reabilitação daqueles submetidos aos riscos e agravos decorrentes das condições de trabalho (Brasil, 1990).

A vivência do residente no setor ocorreu entre os meses de maio de 2024 e junho de 2024. As atividades desenvolvidas durante o período encontram-se no quadro 02. A sistematização das atividades desenvolvidas durante o período de vivência revelou um perfil técnico-operativo dinâmico, com forte ênfase na produção de instrumentos de gestão e materiais de publicação (n=25). Observou-se também um equilíbrio entre as ações de campo, como investigações epidemiológicas e buscas ativas, e as atividades de planejamento, representadas pelo volume expressivo de reuniões internas e intersetoriais (n=23). Essa distribuição demonstrou que a residência permitiu uma atuação integral, abordando desde a operacionalização técnica no território até a qualificação administrativa dos dados em saúde.

Quadro 2 - Distribuição das atividades técnico-operacionais desenvolvidas durante o período de vivência na Vigilância Epidemiológica e Vigilância em saúde do Trabalhador de Camaragibe -PE.

Tipo de atividade	Frequência de ocorrência (n°)
Produção de material para publicação e instrumentos de gestão	25
Investigação epidemiológica e busca ativa de pacientes	23
Reuniões internas e intersetoriais	23

Pesquisa e produção científica	7
Análise e qualificação de fichas e cadastro sistemas de informação	7
Atividades intersetoriais (inspeções sanitárias)	4
Visitas a campo	3
Atividades externas (eventos/formações/congressos)	4
Total de ações	96

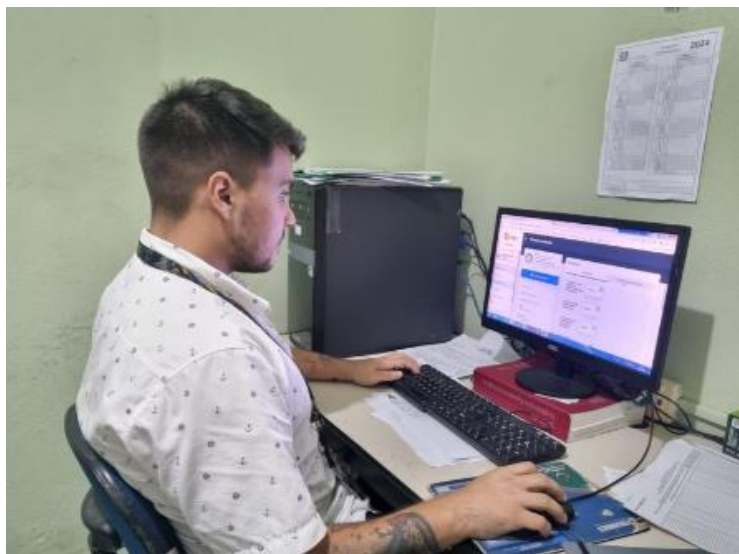
Fonte: Autoria própria, 2026.

3.1.1 Sistemas de informações em saúde

A vivência do residente nesses setores esteve centrada, principalmente, na qualificação das fichas de notificação, no cadastramento dos casos nos respectivos sistemas de informação e na realização de investigações epidemiológicas, quando pertinentes. Entre os sistemas mais utilizados ao longo do período, destacou-se o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), empregado para a notificação e investigação de casos incluídos na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória (Brasil, 2025). Dentre os agravos acompanhados com maior frequência, sobressaíram-se a violência interpessoal e autoprovocada, a intoxicação exógena e a hanseníase.

Outros sistemas de informação também foram amplamente utilizados, especialmente com o objetivo de subsidiar as investigações epidemiológicas e qualificar as fichas de notificação por meio da interoperabilidade de dados. Nesse contexto, destacaram-se o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), o Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). A articulação entre essas ferramentas mostrou-se essencial para evidenciar tanto as potencialidades quanto às fragilidades dos sistemas de informação em saúde, constituindo um aprendizado fundamental para a formação do residente e passível de aplicação em futuras atuações em outros setores da gestão e da vigilância em saúde.

Figura 1 - Busca de pacientes no SI-PNI para qualificação de fichas de notificação de intoxicação exógena



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

3.1.2 Articulação, gestão e integração intersetorial

O processo de gestão da Vigilância em Saúde demandou uma integração contínua e efetiva entre as diferentes áreas da Vigilância em Saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) e outros setores, sempre que possível. Nesse contexto, eram realizadas reuniões semanais de gestão, voltadas ao alinhamento interno das equipes e à atualização dos casos em acompanhamento, bem como encontros quinzenais com a Vigilância Ambiental, destinados à construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para pessoas em situação de acumulação.

O residente também pôde participar e contribuir na organização dos Colegiados Gerais de integração entre a Vigilância em Saúde e a APS, realizados quinzenalmente com a participação de todos os gerentes de território. Além disso, integrou os encontros mensais com os profissionais da equipe e-Multi, os quais se configuraram como espaços estratégicos para a compreensão da Rede de Atenção à Saúde em sua integralidade e para o fortalecimento do trabalho multiprofissional.

Figura 2 - Encontro mensal da e-Multi, conduzido pelo médico-veterinário sanitarista adscrito do território quatro.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Outro espaço relevante de aprendizagem foi o acompanhamento do Grupo de Trabalho voltado ao encerramento de casos de sífilis congênita em aberto, que reunia diversos profissionais da rede de atenção à saúde. As discussões sobre condutas terapêuticas e abordagens assistenciais eram conduzidas pela gestão do Serviço de Assistência Especializada (SAE) do município, assumindo um caráter essencialmente educativo, pautado no apoio técnico e na qualificação do cuidado, sem viés punitivo aos profissionais envolvidos.

Figura 3 - Grupo de Trabalho voltado ao encerramento de casos de sífilis congênita em aberto.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Por fim, considerando a afinidade do residente com a educação em saúde, houve solicitação para participação nos encontros intersetoriais do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIM), entre a Secretaria de Educação, a Vigilância em Saúde e a APS, no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE). Esses momentos, voltados ao planejamento de ações educativas a serem desenvolvidas em escolas municipais e estaduais, mostraram-se fundamentais para a compreensão da educação em saúde como ferramenta prática de promoção da saúde, além de contribuírem significativamente para o enriquecimento da vivência posterior do residente no setor do PSE.

Figura 4 - Encontro do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIM) para alinhamento de ações sobre arboviroses em escolas municipais.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

3.1.3 Gestão de estoque de kits de hanseníase

Dentre as atividades desenvolvidas no setor de Vigilância Epidemiológica, destacou-se a gestão do estoque de kits destinados ao diagnóstico e acompanhamento da hanseníase, realizada por meio do Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (SIES), ferramenta recentemente implementada no município. Nesse contexto, foi possível acompanhar o processo de formação para utilização do sistema, favorecendo a compreensão de seus fluxos e funcionalidades.

Ao longo de todo o período de atuação em Camaragibe, a gestão, o monitoramento e a solicitação desses insumos permaneceram sob responsabilidade exclusiva do residente. Essa vivência possibilitou um aprofundamento nas práticas de gestão de insumos estratégicos, contribuindo para o desenvolvimento de autonomia técnica, organização dos fluxos de

abastecimento e maior familiaridade com o SIES, aspectos fundamentais para a garantia da continuidade do cuidado e do enfrentamento da hanseníase no território.

Figura 5 - Treinamento para Técnico no Sistema SIES para Hanseníase, promovido pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

3.1.4 Investigações epidemiológicas

Dentre as investigações epidemiológicas realizadas ao longo da vivência, destacam-se aquelas voltadas aos trabalhadores potencialmente expostos ao amianto e aos pacientes com doença de Chagas crônica residentes no município.

No que se refere à doença de Chagas, foram recebidos do Ministério da Saúde 88 registros de pacientes com diagnóstico de doença de Chagas crônica, decorrentes de infecções ocorridas há mais de 5 anos, todos residentes em Camaragibe-PE. A partir desses registros, realizou-se busca ativa de contatos e complementação de informações por meio do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), resultando em nove contatos bem-sucedidos. Essa ação possibilitou a atualização de dados de acompanhamento, o fortalecimento da articulação com a rede local de saúde e evidenciou a relevância da vigilância ativa e do cruzamento de bases de dados para o cuidado de pessoas com doenças crônicas. Ao mesmo tempo, revelou fragilidades

relacionadas à qualificação do preenchimento de informações pessoais nos sistemas de informação em saúde.

Paralelamente, foram desenvolvidas investigações voltadas à identificação e ao mapeamento territorial de 39 ex-trabalhadores potencialmente expostos ao amianto, a partir de articulação com a Associação Pernambucana dos Expostos ao Amianto (APEA). Desses, 26 contatos foram bem-sucedidos, permitindo a atualização de informações sociodemográficas, a vinculação dos indivíduos às respectivas Unidades de Saúde da Família (USF) e o georreferenciamento dos casos potenciais, subsidiando o planejamento e a organização das ações em saúde no território.

Como desdobramento desse processo, observou-se o fortalecimento da articulação entre a Atenção Primária à Saúde e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), culminando na realização do *I Simpósio de Amianto Associado à Saúde do Trabalhador*, de caráter educativo e com foco na qualificação dos fluxos de notificação, acolhimento e encaminhamento de agravos relacionados ao amianto.

A experiência evidenciou a importância da territorialização, da articulação interinstitucional e da educação permanente como estratégias centrais para o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador, mesmo diante da subnotificação e da inexistência de sistemas oficiais específicos para esse agravo. Essa vivência resultou, ainda, na publicação do resumo intitulado “Vigilância e georreferenciamento de casos potenciais de doenças ocupacionais relacionadas ao amianto em Camaragibe – PE” (Anexo A), apresentado na 4ª Mostra de Experiências em Conferências de Saúde e na 5ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de Pernambuco (5ª CESTT), ocasião em que o trabalho foi agraciado com menção honrosa.

Figura 6 - Georreferenciamento interativo de casos potenciais de intoxicação exógena relacionada ao amianto, elaborada na plataforma Google Maps.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

3.1.5 Produção de materiais e instrumentos de gestão

Para além da publicação da experiência exitosa relacionada ao georreferenciamento de casos potenciais de intoxicação por amianto, a vivência possibilitou ao residente a elaboração de instrumentos de gestão voltados ao enfrentamento de fragilidades identificadas no cotidiano do serviço. Essas produções tiveram como objetivo qualificar os processos de trabalho e fortalecer a organização das ações de vigilância no município.

Dentre os materiais desenvolvidos, destacam-se a construção de um novo fluxo para o recebimento de medicamentos destinados a pacientes com hanseníase e tuberculose/infecção latente da tuberculose (ILTBT) (Anexo B), bem como a elaboração de um instrumento específico para o monitoramento do Grau de Incapacidade em pessoas acometidas por hanseníase (Anexo C). Tais iniciativas contribuíram para a padronização de rotinas, o aprimoramento do acompanhamento clínico e a melhoria da comunicação entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

3.2 Vigilância em Saúde Ambiental de Camaragibe - PE

No período de julho a agosto de 2024, o residente participou ativamente das atividades desenvolvidas no setor de Vigilância em Saúde Ambiental do município de Camaragibe, envolvendo ações de campo, análises laboratoriais e a produção de materiais educativos voltados à promoção e proteção da saúde da população. As atividades de campo desenvolvidas pelo residente durante o período encontram-se no quadro 03.

De acordo com a Política Nacional de Vigilância em Saúde, instituída pela Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018, a vigilância em saúde ambiental compreende um conjunto de ações e serviços que possibilitam o conhecimento, a identificação e o monitoramento de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana. Essas ações têm como finalidade subsidiar a adoção de medidas de promoção da saúde, prevenção de agravos e controle de fatores de risco associados às doenças e outros agravos à saúde (Brasil, 2018).

Quadro 3 - Distribuição de visitas domiciliares e intervenções de campo desenvolvidas durante o período de vivência na Vigilância em Saúde Ambiental de Camaragibe -PE.

Tipo de intervenção de campo	Frequência de ocorrência (n°)
Zoonoses (Esporotricose / Leishmaniose)	07
Arboviroses	05
Maus-tratos / Bem-estar Animal	06
Fauna Sinantrópica (Escorpião / Roedores / Caramujos)	08
Vistorias em Prédios Públicos (Escolas / Unidades de Saúde)	09
Pessoas em Situação de Acumulação	08
Ações Conjuntas com a Vigilância Sanitária	03
Total	46

Fonte: Autoria própria, 2026

3.2.1 Vigilância de Arboviroses

A vivência do residente no setor de Vigilância em Saúde Ambiental coincidiu com o período de Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA), metodologia que utiliza visitas domiciliares intercaladas para a obtenção ágil de indicadores entomológicos. Esse instrumento permitiu uma compreensão ampliada da distribuição do vetor e do risco de transmissão de arboviroses no território.

Nesse contexto, o residente acompanhou os Agentes de Combate às Endemias (ACE) em ações de busca ativa por focos do *Aedes aegypti*, incluindo visitas a domicílios, escolas e unidades de saúde. Durante essas atividades, foram identificados focos positivos em diferentes imóveis, o que possibilitou a análise das condições ambientais favoráveis à proliferação do vetor e reforçou a importância das ações integradas de vigilância, controle ambiental e educação em saúde para a prevenção das arboviroses.

Figura 7 - Coleta de larvas em focos de água parada para posterior identificação entomológica e registro.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Figura 8 - Aplicação de larvicida após identificação de foco de mosquitos e coleta para análise entomológica.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Figura 9 - Análise entomológica e identificação morfológica de larvas de *Aedes aegypti* em laboratório.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

3.2.2 Inspeções Zoossanitárias para Apuração de Denúncias

Durante o período de vivência, foram realizadas visitas zoossanitárias motivadas por denúncias de maus-tratos e condições insalubres envolvendo cães, gatos, cavalos e aves. Essas inspeções foram conduzidas com cautela, considerando que situações de maus-tratos configuram crime conforme a Lei nº 14.064, de setembro de 2020, e competem à Secretaria de Meio Ambiente e à autoridade policial.

Dessa forma, as visitas tiveram caráter educativo e orientador, focando na sensibilização sobre manejo adequado de animais, higiene e cuidados com o ambiente. A articulação com os órgãos competentes ocorreu posteriormente, sempre que necessário, garantindo a responsabilização quando cabível, sem comprometer a função de promoção da saúde e proteção animal do serviço de vigilância.

Figura 10 - Visita domiciliar para apuração de denúncia de maus-tratos, em residência com seis cães e diversas aves. Animais apresentavam sinais de maus-tratos e o tutor afirmou que utilizava os mesmos para procriação e venda.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Figura 11 - Visita domiciliar para apuração de denúncia de maus-tratos reportada por vizinhos, em residência com condições precárias de habitabilidade. Os animais identificados não apresentavam sinais clínicos de maus-tratos.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024

3.2.3 Vigilância de Zoonoses e Epizootias

Entre as zoonoses de relevância para a saúde pública no município de Camaragibe, destacou-se a esporotricose, agravo considerado endêmico na região. Durante o período de vivência, foram acompanhados casos de animais com lesões sugestivas de esporotricose, envolvendo coleta de dados clínicos, discussão de condutas com profissionais de saúde e realização de exames laboratoriais quando viável. Cabe ressaltar que o município ainda não disponibilizava tratamento específico para animais acometidos, sendo essa responsabilidade exclusiva do tutor, o que, em alguns casos, resultava em situações de abandono.

Embora não tenham sido registrados casos de leishmaniose no município, considerado, segundo a gestão da Vigilância Ambiental, livre da doença, foi possível acompanhar situações de suspeita, incluindo a coleta de materiais para testes rápidos, exames laboratoriais e análise dos resultados, mesmo não se tratando de atribuição direta do residente em saúde coletiva. Vale ressaltar que, em alguns momentos, não foi possível realizar análises laboratoriais adequadas devido à limitação estrutural da Vigilância Ambiental. Para contornar essa dificuldade, foram estabelecidas parcerias pontuais com os residentes de Patologia da UFRPE, permitindo o acesso a exames complementares e o fortalecimento das investigações. Essa parceria se mostrou extremamente enriquecedora para ambas as partes

Figura 12 - Felinos com lesões sugestivas de infecção por Esporotricose.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Figura 12. Coleta de material para teste rápido Dual Path Platform (DPP) em cão com sinais clínicos sugestivos de Leishmaniose Visceral Canina.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

3.2.4 Manejo de Fauna Peçonhenta e Sinantrópica

Durante a vivência em Vigilância Ambiental, foram realizadas visitas a domicílios e estabelecimentos em resposta a denúncias de presença de animais peçonhentos e sinantrópicos, incluindo escorpiões, pombos, roedores e caramujos. As ações ocorreram em

parceria com os Agentes de Saúde Comunitários de Endemias (ASACE), responsáveis pelo manejo ambiental das áreas, realizando a remoção de focos e implementando medidas de controle sempre que possível.

O residente participou dessas visitas oferecendo orientações à população e aos responsáveis pelos estabelecimentos, com foco em educação em saúde e prevenção de riscos. As orientações abordaram aspectos como acúmulo de entulho, destinação adequada de restos de alimentos e práticas gerais de manejo ambiental. Essa atuação integrada permitiu articular a intervenção direta do ACE com o acompanhamento educativo, fortalecendo a conscientização da comunidade sobre medidas de prevenção de acidentes e a transmissão de doenças relacionadas à fauna sinantrópica.

Figura 13 - Inspeção realizada por ASACE em escola municipal com histórico de aparecimento de escorpiões, evidenciando acúmulo de entulho e outros fatores ambientais predisponentes.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Figura 14 - Identificação de caramujos durante inspeção realizada em Unidade Básica de Saúde.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Figura 15 - Identificação de presença de pombos durante inspeção em escola municipal, ao lado da cozinha em que a merenda era preparada. Evidenciou-se o descarte incorreto de alimentos, que atraía os animais.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

3.2.5 Pessoas em Situação de Acumulação

O Transtorno de Acumulação é uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de objetos e/ou animais, associado à dificuldade de descartar ou se desfazer desses pertences, fenômeno também conhecido como disporofobia. Progressivamente, ocorre a perda de controle sobre a aquisição e o acúmulo de itens e/ou animais, resultando em desorganização ambiental. No caso da acumulação compulsiva de animais, essa perda de controle pode ser agravada pela reprodução contínua dos mesmos (Mendes, 2022).

Durante o período de vivência, o residente participou de diversas visitas domiciliares voltadas ao acompanhamento de Pessoas em Situação de Acumulação. O município de Camaragibe apresenta, historicamente, casos recorrentes e complexos dessa condição, muitos deles de difícil resolução. Nesse contexto, os residentes de saúde coletiva da UFRPE, em articulação com a Vigilância Epidemiológica e o Médico-Veterinário da e-Multi, criaram um grupo de trabalho voltado à elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para esses comunitários.

Figura 16 - Reunião do grupo de trabalho sobre Pessoas em Situação de Acumulação para elaboração de PTS.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Dentre os casos abordados, destaca-se o acompanhamento de uma comunitária de 72 anos, em situação de acumulação de objetos e animais (cães, gatos, coelhos e aves), sem vínculo prévio com a Equipe de Saúde da Família (eSF), com histórico de resistência às intervenções de cuidado. Nesse contexto, foi elaborado um Projeto Terapêutico Singular

aplicado em seis visitas multiprofissionais, utilizando o interesse pelo bem-estar animal como estratégia para estabelecer vínculos de confiança e viabilizar o cuidado em saúde.

O principal resultado foi a retomada do vínculo entre a usuária e a eSF, superando barreiras históricas de acesso ao cuidado. Esse novo vínculo possibilitou ações concretas, como consulta médica para avaliação geral, vacinação antirrábica dos animais em parceria com a Vigilância Ambiental e início do acompanhamento psicológico. O caso evidenciou que a inclusão do médico-veterinário na equipe multiprofissional é determinante para o sucesso de abordagens em situações complexas, demonstrando que o cuidado animal pode ser uma potente ferramenta de vínculo e mediação para superar resistências ao cuidado.

Figura 17 - Avaliação de animais da comunitária. Foi possível observar um ambiente insalubre e animais com sinais de maus tratos.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Figura 18 - Vacinação antirrábica dos cães e gatos pela equipe da vigilância ambiental e distribuição de sabonetes de Melão de São Caetano, confeccionados pelos residentes em parceria com o médico-veterinário da e-Multi.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Essa experiência resultou na publicação do resumo intitulado “O Animal como Porta de Entrada: Fortalecendo o Vínculo de Cuidado Junto a uma Paciente com Transtorno de Acumulação em Camaragibe - PE” (Anexo D), apresentado na 1ª Mostra Pernambucana de Experiências Exitosas em Saúde (I MEX-SAÚDE PE), durante o Congresso Pernambucano de Inovação & Integração em Saúde (CPIIS).

3.2.6 Atividades Laboratoriais e Uso de Sistemas de Informação

Durante a vivência, o residente participou ativamente do recebimento, envio e análise de amostras biológicas e de água, utilizando ferramentas como o Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) e o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA).

As atividades incluíram a realização semanal de análises de parâmetros físicos e microbiológicos, como turbidez, coliformes totais e *Escherichia coli*, bem como o acompanhamento dos resultados laboratoriais. Além disso, o residente foi responsável pelo cadastro das amostras, monitoramento dos resultados e emissão de laudos, permitindo a integração entre os dados laboratoriais e os sistemas de informação.

Essa experiência contribuiu para a compreensão da importância da vigilância laboratorial na detecção precoce de riscos à saúde ambiental e para o aprimoramento do uso

de sistemas informatizados como ferramentas de gestão e suporte à tomada de decisão em saúde pública.

Figura 19 - Processamento de amostras de água para análise de parâmetros físicos.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Figura 20 - Processamento de amostras de água para análise de parâmetros microbiológicos. Após incubação em estufa, uma das amostras apresentou positividade para *Escherichia coli*, indicando contaminação fecal.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

3.2.7 Organização de Eventos e Ações de Educação em Saúde

O residente participou ativamente da organização de eventos e fóruns voltados à formação e educação permanente em saúde. Dentre eles, destaca-se o “Fórum Municipal Integrado em Saúde sobre Febre do Oropouche – O que devemos e precisamos fazer?”, realizado após o registro do primeiro caso confirmado de Febre do Oropouche em

Camargibe, que demandou a formação de profissionais da rede de atenção à saúde sobre o agravo.

Figura 21 - “e-Pasta” criada para distribuição de materiais durante o evento. A iniciativa evitou o uso, efetivamente, de 10.780 folhas de papel ofício e 110 pastas de PVC (Anexo E).



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Além disso, foi elaborada e aplicada uma ação de educação permanente solicitada pela gestão da Vigilância Ambiental, intitulada “Abordagem do papel do supervisor sob uma nova perspectiva”. Essa atividade teve como objetivo atualizar os supervisores de Agentes de Saúde e Combate a Endemias (ASACE) sobre condutas de manejo ambiental, controle de zoonoses e gestão de recursos humanos, utilizando uma metodologia prática baseada em estudo de casos. A receptividade dos profissionais foi muito positiva, permitindo a construção de linhas de conduta específicas para cada situação-problema de forma clara e resolutiva.

Figura 22 - Formação “Abordagem do papel do supervisor sob uma nova perspectiva” destinada a supervisores de ASACE.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Figura 23 - Exemplo de material construindo conjuntamente durante a formação, abordando casos recorrentes no cotidiano de trabalho dos ASACE.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

3.2.8 Campanha de vacinação antirrábica

O período de vivência do residente na Vigilância em Saúde Ambiental coincidiu com a Campanha Nacional de Vacinação Antirrábica, o que possibilitou sua participação em todas as etapas, desde a organização da campanha até a realização da vacinação propriamente dita, adquirindo experiência prática no planejamento, logística e execução de ações de imunização animal em âmbito comunitário.

Figura 24 - Ponto de vacinação volante montado na Praça Maria Amazonas, local de intensa movimentação no município. Na ocasião, foram imunizados 98 animais.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

3.2.9 Produção de Material Educativo e de Comunicação

Além das atividades práticas de campo, a Vigilância em Saúde Ambiental incentivou e possibilitou a elaboração de diversos materiais educativos e de comunicação voltados à promoção da saúde e prevenção de agravos. Foram produzidos panfletos sobre raiva e esporotricose, faixas para campanhas de vacinação antirrábica, camisas de conscientização e material destinados à formação de supervisores. Esses recursos integram ações educativas direcionadas tanto à população quanto aos profissionais da rede de saúde. Entre as produções destacaram-se: a “Cartilha Esquistossomose: do histórico da doença à importância para a Saúde Pública” (Anexo F), o Panfleto educativo para controle de pombos (Anexo G) e o Panfleto sobre Esporotricose (Anexo H).

O acompanhamento sistemático dessas ações permitiu ao residente compreender a complexidade da rotina de campo, a relevância da territorialização e da articulação interinstitucional, bem como a importância do uso de sistemas de informação para a tomada de decisões. A experiência contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências técnicas em manejo de agravos, avaliação de riscos ambientais, educação em saúde e planejamento de ações educativas, fortalecendo a atuação da Vigilância em Saúde Ambiental no município.

3.3 Programa Saúde na Escola (PSE – Camaragibe)

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política pública intersetorial, instituída em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que promove a articulação contínua entre as áreas de Saúde e Educação, com a participação da comunidade escolar e das equipes de saúde da família e da educação básica (Brasil, 2007). O PSE configura-se como uma estratégia para a integração de ações voltadas à promoção da saúde, vigilância e prevenção de agravos no ambiente escolar.

Durante a vivência, entre os meses de setembro e outubro, o residente participou ativamente das atividades do PSE em escolas municipais e estaduais, envolvendo planejamento, monitoramento e execução de ações educativas e de promoção da saúde. Foram realizadas visitas às unidades escolares e às Unidades de Saúde da Família (USF), acompanhamento de cronogramas e preenchimento de planilhas de monitoramento de atividades, além da atualização de informações nos sistemas e-Gestor e PEC.

As atividades englobaram a elaboração de material educativo e a aplicação de dinâmicas de aprendizagem sobre temas como saúde mental, arboviroses, raiva, higiene e doenças relacionadas à fauna sinantrópica, envolvendo alunos, professores e profissionais da rede de saúde. O residente também colaborou na organização de eventos, produção de materiais gráficos, vídeos educativos e apresentações interativas, além de articular estratégias e cronogramas junto à Secretaria de Educação, unidades de saúde e professores.

Essa experiência possibilitou acompanhar de forma prática ações de educação em saúde voltadas à comunidade escolar, fortalecendo a integração entre Atenção Primária à Saúde e educação, promovendo a conscientização de alunos, professores e profissionais de saúde, bem como monitorando o cumprimento das atividades previstas pelo PSE.

3.3.1 Gestão de Sistemas e Monitoramento de Indicadores

Durante a vivência, o residente participou ativamente do monitoramento das metas pactuadas pelo Programa Saúde na Escola (PSE), garantindo a qualidade dos dados e o alcance dos indicadores de saúde dos escolares por meio da alimentação e atualização de sistemas de informação, como o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e o e-Gestor. Essa atuação envolveu o registro sistemático de fichas de monitoramento alimentar, bem como das atividades coletivas realizadas nas escolas e unidades de saúde.

No âmbito do planejamento e auditoria, foram elaboradas planilhas de diagnóstico para identificar escolas com pendências em atividades prioritárias, permitindo um acompanhamento detalhado do cumprimento do cronograma anual do PSE. Foi realizado,

ainda, uma verificação detalhada nas unidades de saúde e escolas para garantir que as ações propostas fossem efetivamente implementadas.

Além disso, o residente atuou na logística da rede, gerenciando e distribuindo insumos, como glicosímetros e fitas para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) capacitados no Território 1, assegurando a operacionalização das atividades de forma organizada e integrada.

3.3.2 Ações Educativas e Metodologias Ativas

As ações educativas desenvolvidas pelo residente concentraram-se na elaboração e aplicação de tecnologias leves de cuidado e material pedagógico voltados à comunidade escolar. Geralmente, a demanda surgia a partir das próprias escolas, que identificavam problemas ou necessidades específicas dos alunos e encaminhavam à unidade de saúde responsável. A equipe do PSE, então, articulava a execução das ações, planejando estratégias de intervenção e promovendo atividades participativas que envolviam alunos, professores e profissionais de saúde.

a) Teatro de Fantoches sobre Arboviroses

O Programa Saúde na Escola (PSE) evidenciou sua relevância ao utilizar tecnologias leves de educação em saúde para transmitir conceitos complexos de vigilância epidemiológica e ambiental de forma acessível. Nesse contexto, o médico-veterinário da e-Multi, em conjunto com os residentes, idealizou a ação pedagógica por meio de uma peça de teatro de fantoches intitulada “*As Aventuras da Turma de Aldeia*”, realizada de forma intersetorial. A atividade foi replicada em quatro escolas de ensino fundamental, alcançando escolares com idades entre três e dez anos, utilizando o lúdico como ferramenta de sensibilização para a Saúde Única.

A narrativa foi mediada por um narrador que favoreceu a interação direta com os alunos, enquanto personagens como Bia e José, representações do público infantil, transmitiam conceitos de proteção à fauna e flora local. O antagonista “Mosquitão” ilustrava os riscos sanitários relacionados ao descarte incorreto de resíduos e ao acúmulo de água parada.

O roteiro pedagógico abordou de forma sequencial o ciclo de vida dos vetores e a importância do manejo ambiental, conectando a preservação das matas à prevenção de doenças como Dengue e Febre do Oropouche. A dinâmica incorporou elementos tecnológicos

simulando vídeos digitais, permitindo que os personagens demonstrassem boas práticas, aproximando o conteúdo da realidade dos estudantes.

A receptividade das quatro escolas foi expressiva, evidenciada pela intensa participação dos alunos, que ao final da peça repetiram em coro medidas de controle de criadouros e descarte correto de lixo. Ao designar simbolicamente cada aluno como um “Agente da Natureza”, a intervenção não apenas transmitiu informações de forma eficaz, mas também estimulou a formação de multiplicadores de saúde no território, consolidando o potencial de metodologias criativas para a construção da consciência coletiva em saúde.

Figura 25- Equipe de residentes, em parceria com profissionais da e-Multi e gerente de território, conduzindo ação de teatro de fantoches, demonstrando a utilização de tecnologias leves de educação em saúde para engajar e sensibilizar o público infantil sobre práticas de prevenção de arboviroses e promoção da Saúde Única.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Figura 26 - Alunos de escola municipal após ação de teatro de fantoches, com cartaz produzido espontaneamente contendo mensagens abordadas durante a atividade, evidenciando a capacidade dos escolares de assimilar e disseminar os conteúdos de educação em saúde.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

b) Show do Milhão Camaragibense

Foi realizada uma intervenção educativa em uma escola estadual de ensino fundamental e médio na região de Aldeia dos Camarás, em Camaragibe-PE. A ação foi motivada pela necessidade epidemiológica emergente, em razão da confirmação recente de dois casos de raiva em equinos na localidade, somada às características ambientais da região, que demandavam uma resposta rápida de sensibilização sobre os ciclos de transmissão dessa zoonose e o manejo responsável de animais de estimação.

A estratégia pedagógica adotada rompeu com o modelo tradicional de transmissão vertical de conhecimento. Inspirada no formato do programa televisivo “Show do Milhão”, a dinâmica foi estruturada como uma competição educativa envolvendo 94 alunos do 2º e 3º anos do ensino médio. Os estudantes foram organizados em turmas, nas quais cada grupo elegia um representante para responder a perguntas de múltipla escolha com níveis de dificuldade progressivos. Para estimular a colaboração e o pensamento crítico, foram mantidos recursos interativos, como a anulação de alternativas, a consulta à plateia (composta pelos próprios colegas) e o apoio dos “universitários”, representados por profissionais da Unidade de Saúde da Família (USF) vinculada ao território, fortalecendo a integração entre a escola, a comunidade acadêmica e os serviços de saúde.

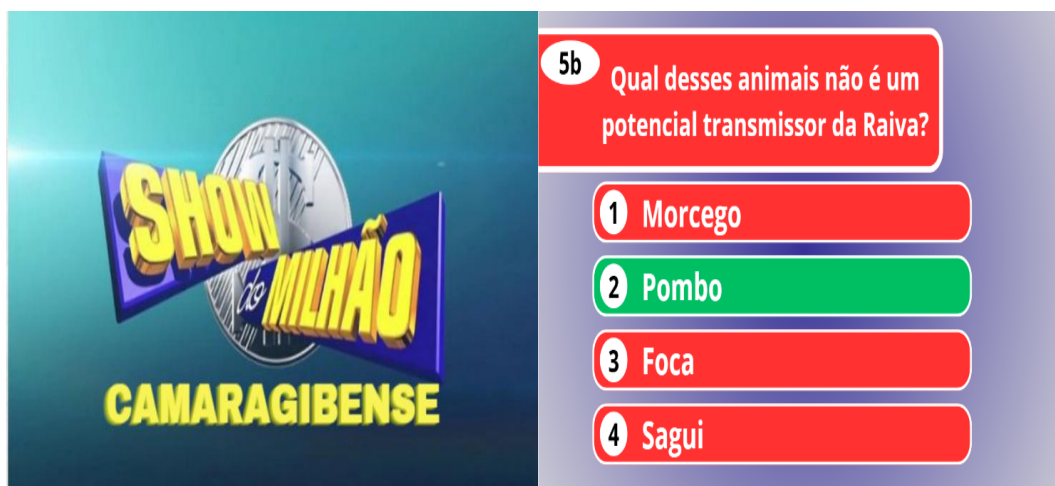
Os conteúdos abordados incluíram temas transversais de Saúde Única, como fisiopatologia da raiva, prevenção da Febre do Oropouche, bem-estar animal e diretrizes de guarda responsável. A ação também serviu como plataforma de mobilização para a campanha de vacinação antirrábica municipal, conectando a teoria à prática de saúde pública. O engajamento dos alunos foi ampliado por um sistema de incentivo acadêmico acordado com a

direção da escola, resultando em participação intensa, debates ativos e assimilação dos conteúdos.

Essa experiência evidenciou que metodologias lúdicas e interativas facilitam a compreensão de conceitos complexos pelo público jovem, consolidando o PSE como ferramenta de promoção de comportamentos preventivos e de consciência sanitária no cotidiano escolar.

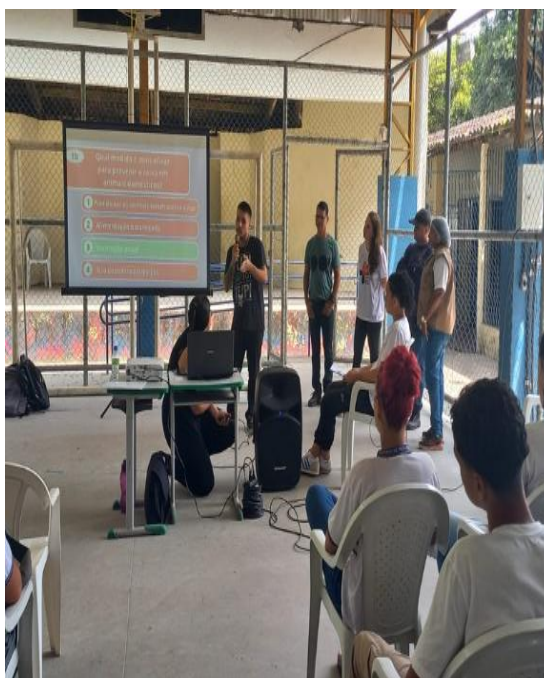
Importante destacar que a intervenção foi idealizada e executada integralmente pelos residentes, desde a concepção da dinâmica até a produção de materiais gráficos, em colaboração com profissionais da Vigilância Ambiental em Saúde e da UBS de referência. A receptividade positiva e o impacto pedagógico observado possibilitaram a replicação da metodologia em outras unidades de ensino do município. Além disso, a experiência foi sistematizada e apresentada no *I Encontro de Saúde Única do GESU: Atualidades e Desafios Emergentes*, compondo os anais do evento e consolidando a ação como contribuição científica relevante no campo das zoonoses e da saúde pública (Anexo I).

Figura 27 - Material gráfico criado pelo residente para intervenção educativa de perguntas e respostas em escola estadual.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Figura 28 - Ação “Show do Milhão Camaragibense” conduzida em escola estadual.



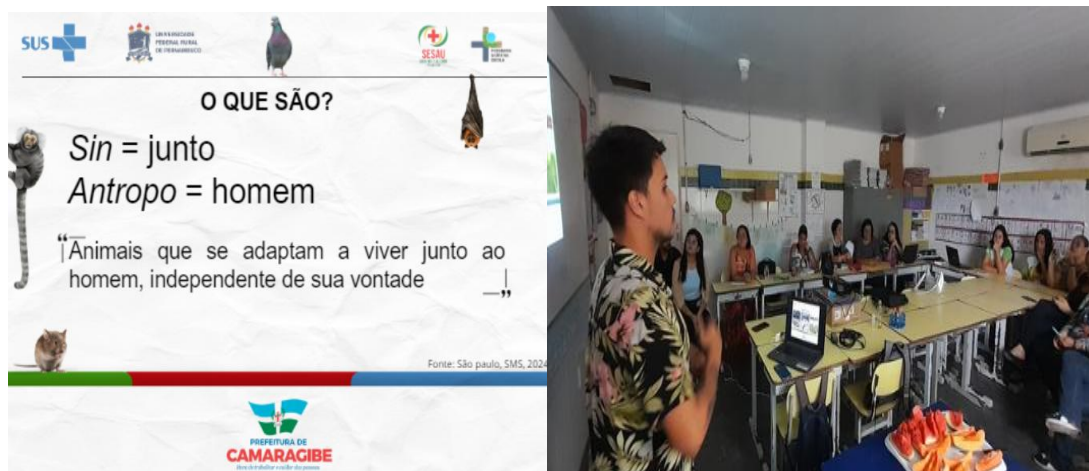
Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

c) Educação permanente com professores

Essa intervenção educativa foi realizada em uma escola de Ensino Fundamental I, estrategicamente selecionada por sua proximidade com a área de registro do primeiro caso de Febre do Oropouche no município de Camaragibe-PE. A escola conta com uma horta comunitária gerida por professores e alunos, o que evidenciou a necessidade de uma formação direcionada aos docentes sobre o manejo adequado da matéria orgânica e dos resíduos gerados, fatores determinantes para o controle do vetor da Febre do Oropouche, *Culicoides paraensis* (maruim).

A atividade foi conduzida integralmente pelos residentes, desde a concepção da intervenção até a produção dos materiais didáticos e a condução da formação. A metodologia adotada baseou-se na exposição dialogada, abordando eixos centrais como a epidemiologia da Febre do Oropouche, o manejo de animais sinantrópicos e a gestão ambiental de resíduos. Ao reconhecer os professores como agentes multiplicadores e formadores de opinião, a ação obteve excelente receptividade, promovendo discussões interativas e fortalecendo a construção coletiva do conhecimento em saúde no território.

Figura 29 - Ação sobre Febre do Oropouche, o manejo de animais sinantrópicos e a gestão ambiental de resíduos, conduzida com professores de escola municipal.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

d) Trilha de Caça aos Focos

Essa ação educativa foi realizada na mesma escola mencionada anteriormente, motivada pela proximidade com a área de registro do primeiro caso de Febre do Oropouche em Camaragibe-PE. Intitulada “Trilha de Caça aos Focos”, a intervenção teve como objetivo sensibilizar cerca de 70 alunos sobre a importância do manejo adequado de matéria orgânica e resíduos sólidos, fatores determinantes para o controle dos vetores *Culicoides paraensis* (maruim) e *Aedes aegypti*. A metodologia aproveitou a infraestrutura da horta escolar para conectar o contato direto com a natureza às práticas de cuidado ambiental e coletivo.

A trilha pedagógica foi estruturada em sete estações interativas, simulando cenários de risco presentes no território. O percurso contemplou desde pequenos recipientes, como tampas de garrafas PET, até reservatórios de água e bebedouros de animais de estimação, enfatizando a limpeza e a vedação como barreiras mecânicas de controle. Além dos recipientes artificiais, a trilha incluiu estações específicas sobre o manejo de resíduos orgânicos, restos de folhas e frutos, e o recolhimento de dejetos animais, elementos essenciais para mitigar a proliferação dos vetores da Febre do Oropouche. A utilização de materiais lúdicos, como simuladores de fezes confeccionados em papelão, possibilitou a abordagem de temas complexos de saneamento e higiene urbana de forma acessível e atrativa para a faixa etária atendida.

A aplicação dessa metodologia ativa demonstrou-se mais eficaz do que abordagens tradicionais, uma vez que o engajamento dos alunos em subgrupos favoreceu a reflexão crítica sobre a ação humana no meio ambiente. Os resultados evidenciaram que o aprendizado

prático fortalece o papel dos estudantes como multiplicadores de boas práticas em suas comunidades, transformando a percepção de risco em atitudes concretas de manejo ambiental.

Semelhante à dinâmica do "Show do Milhão", a iniciativa foi fruto do protagonismo dos residentes, em colaboração com as equipes de vigilância, sendo posteriormente sistematizada e publicada nos anais do *I Encontro de Saúde Única do GESU*. A experiência reforça a capacidade do PSE na formação de cidadãos conscientes, consolidando a perspectiva da Saúde Única como eixo norteador das intervenções de saúde pública no ambiente escolar (Anexo J).

Figura 30 - Dinâmica de “Trilha de caça aos focos” conduzida com alunos de escola municipal.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

3.3.3 Gestão Intersetorial e Saúde Mental

A atuação no Programa Saúde na Escola (PSE) possibilitou uma articulação robusta entre diferentes esferas da gestão municipal e unidades especializadas, consolidada por meio da participação ativa nas reuniões quinzenais do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIM). Essa interface com a Secretaria de Educação permitiu o planejamento de ações transversais e intervenções curriculares alinhadas às necessidades epidemiológicas do território. Vale destacar que o envolvimento do residente com este coletivo ocorreu de forma orgânica desde o início da vivência, antes mesmo da integração formal ao setor, o que facilitou uma transição qualificada e permitiu que, ao assumir atribuições no PSE, o residente pudesse intervir de maneira propositiva e estratégica na formulação das políticas locais.

No âmbito da promoção da saúde mental, o residente participou da idealização e organização estratégica de uma live temática em colaboração com o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS Infantil). A intervenção envolveu a gestão completa do evento, incluindo a concepção da identidade visual, a estruturação do roteiro técnico, o suporte

tecnológico e a criação de uma plataforma digital para inscrições. Além disso, houve articulação direta com palestrantes e gerenciamento do fluxo de certificação dos participantes.

O evento, intitulado “A influência das mídias sociais em transtornos de ansiedade e autoimagem”, consolidou-se como uma estratégia de educação em saúde de grande alcance, contando com a participação de profissionais da equipe e-Multi e autoridades municipais especializadas na temática. A ação registrou 223 ouvintes remotos e 80 participantes presenciais, demonstrando a capilaridade da iniciativa e o interesse tanto da comunidade escolar quanto de profissionais da saúde. Para garantir o acesso democrático e a perenidade do conteúdo, a gravação completa foi disponibilizada no canal oficial da Prefeitura de Camaragibe no YouTube, servindo como material de referência para futuras ações de promoção da saúde mental no território (Anexo K).

Essa experiência evidenciou a capacidade de utilizar ferramentas digitais para ampliar o alcance das ações de matriciamento e suporte emocional, fortalecendo o diálogo entre unidades especializadas e a comunidade escolar de maneira inovadora e acessível.

Figura 31 - Condução do evento “A influência das mídias sociais em transtornos de ansiedade e autoimagem”, que ocorreu de forma presencial e foi exibido no canal do Youtube da Prefeitura de Camaragibe.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

3.4 Vigilância Sanitária de Camaragibe

A Vigilância Sanitária (VISA) é definida pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, como um conjunto de ações destinadas a eliminar, reduzir ou prevenir riscos à saúde, bem como intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Isso inclui o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, possam afetar a saúde, abrangendo todas as

etapas, da produção ao consumo, além do controle da prestação de serviços relacionados à saúde (Brasil, 1990).

A inspeção sanitária constitui uma atividade central do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), com a função de fiscalizar estabelecimentos sujeitos à ação de vigilância. Seu principal objetivo é garantir o cumprimento dos requisitos de Boas Práticas e demais determinações previstas na legislação, prevenindo práticas que possam representar riscos à saúde individual e coletiva (Brasil, 2020).

No município de Camaragibe, a Vigilância Sanitária organiza sua capacidade operacional em duas equipes de inspeção técnica, cada uma composta por três profissionais de nível superior. Essa divisão é especializada: uma equipe atua exclusivamente em estabelecimentos de alimentos, enquanto a outra concentra-se em serviços de saúde e estabelecimentos de interesse à saúde. O processo de trabalho segue um fluxo estruturado, que contempla ações de rotina, com foco no licenciamento sanitário, vistorias de retorno para verificação de adequações, atendimento a denúncias e execução de busca ativa no território. O residente permaneceu no setor entre os meses de novembro de 2024 e dezembro de 2024, e as visitas eram realizadas de forma alternada entre estabelecimentos de saúde e interesse à saúde e estabelecimentos relacionados a alimentos, considerando a disponibilidade de transporte.

Figura 32 - Reunião mensal de planejamento de inspeções sanitárias com equipe da Vigilância Sanitária de Camaragibe.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

3.4.1 Inspeção de estabelecimentos relacionados a alimentos

Todo alimento destinado ao consumo humano, independentemente de sua origem, estado ou procedência, produzido ou exposto à venda em qualquer ponto do município, está sujeito à fiscalização pelos órgãos e entidades de vigilância sanitária competentes (Camaragibe, 1998).

Durante a vivência, o residente acompanhou integralmente todo o processo de inspeção sanitária, com autonomia para intervir em situações específicas sob supervisão das inspetoras. Essa participação possibilitou a identificação de não conformidades, a realização de orientações educativas aos responsáveis pelos estabelecimentos e o preenchimento de autos de infração e termos de notificação para adequação das irregularidades encontradas.

Ao longo do período, foram inspecionados 30 estabelecimentos, incluindo padarias, lanchonetes, supermercados e restaurantes, cujo detalhamento quantitativo encontra-se no quadro 04.

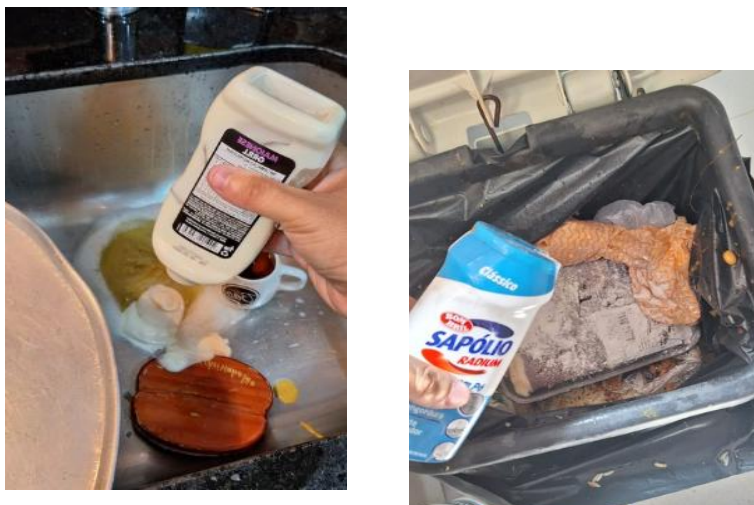
Quadro 4 - Quantitativo de estabelecimentos relacionados a alimentos inspecionados durante o período de vivência.

Categoria de Estabelecimento	Quantidade Absoluta (n)	Percentual (%)
Restaurantes	15	48,5%
Supermercados	6	21,2%
Lanchonetes	5	15,2%
Padarias	5	15,2%
Total	30	100%

Fonte: Autoria própria, 2026.

Durante as visitas a restaurantes, lanchonetes e padarias, realizadas tanto por denúncia quanto de forma rotineira, foram identificados produtos fora do prazo de validade. Esses itens eram prontamente inutilizados, prevenindo seu consumo e reduzindo riscos à saúde da população.

Figura 33 - Descarte de molho vencido na pia e de carne inadequadamente acondicionada, com utilização de produtos de limpeza para assegurar a inutilização completa, prevenindo seu uso posterior pelo estabelecimento.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Nas visitas a supermercados, eram avaliadas as condições higiênico-sanitárias das câmaras frias, bem como a procedência dos produtos destinados ao consumo final. Em uma das inspeções em supermercado de grande escala, identificaram-se ovos sem registro do Ministério da Agricultura e Pecuária (Mapa), os quais foram imediatamente descartados. Durante a mesma visita, a inspeção da câmara fria revelou diversos riscos à saúde do trabalhador, sendo emitido um auto de infração com determinação para a correção imediata das irregularidades constatadas.

Figura 34 - Ovos sem registro do MAPA identificados em inspeção a supermercado e irregularidades de câmara fria.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Durante o período de vivência, não houve necessidade de interdição de estabelecimentos; foram emitidos autos de infração e termos de notificação com prazos imediatos para a regularização das irregularidades identificadas.

3.4.2 Inspeção de estabelecimentos de saúde e interesse a saúde

A Lei Municipal nº 049/1998, que institui o Código de Saúde do Município de Camaragibe, estabelece em seu artigo 132º os tipos de estabelecimentos sujeitos à fiscalização da Vigilância Sanitária (VISA). Entre eles estão empresas aplicadoras de saneantes domissanitários, laboratórios de análises, creches, casas de saúde, clínicas médicas e congêneres, laboratórios odontológicos, clínicas de fisioterapia e casas de artigos cirúrgicos, ortopédicos, fisioterápicos e odontológicos. A legislação também define as exigências sanitárias que devem ser cumpridas por esses estabelecimentos, garantindo a segurança dos serviços prestados à população.

Ao longo do período, foram inspecionados 38 estabelecimentos, incluindo farmácia, clínica terapêutica, clínica/consultório, instituições de longa permanência para idosos (ILPI) e Controladora de Pragas, cujo detalhamento quantitativo encontra-se no quadro 05.

Quadro 5 - Quantitativo de estabelecimentos de saúde e interesse à saúde inspecionados durante o período de vivência.

Categoria de Estabelecimento	Quantidade Absoluta (n)	Percentual (%)
Farmácia	15	39,5
Clínica / Consultório	9	23,7
Clínica terapêutica	7	18,4
ILPI	4	10,5
Controladora de Pragas	3	7,9
Total	38	100%

Fonte: Autoria própria, 2026.

Dentro do território do município de Camaragibe existem diversas clínicas terapêuticas, e, durante as inspeções, o foco principal recaiu sobre as condições higiênico-sanitárias das instalações, bem como sobre a procedência dos alimentos utilizados na alimentação dos internos. Durante essas visitas, foi identificado um caso crítico: um paciente menor de idade dormia em uma enfermaria compartilhada com pacientes maiores de idade. O responsável pela clínica declarou estar providenciando um espaço adequado para a alocação específica do menor, contudo, nenhuma obra estava em andamento. Após a notificação por meio de auto de infração e retorno à clínica para constatação das mudanças, nenhuma adequação foi realizada, levando ao encaminhamento do caso às entidades competentes, como o Ministério Público e o Conselho Tutelar, para as devidas providências.

Em outra inspeção, foi constatada a presença de saneantes sem registro legal. Os produtos foram imediatamente descartados, conforme preconiza a legislação sanitária, garantindo a segurança dos pacientes e a conformidade com as normas de Vigilância Sanitária.

Figura 35 - Sabão utilizado na lavagem de roupas de internos, descartado por ausência de registro sanitário, representando risco à saúde de quem o manipula.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Durante as inspeções em consultórios e clínicas, além da avaliação das condições higiênico-sanitárias e da verificação do registro profissional dos responsáveis pelos procedimentos, eram analisadas as condições das instalações, a acessibilidade para pessoas com deficiência e o prazo de validade dos produtos utilizados. Em uma clínica de estética, foram identificados diversos produtos fora do prazo de validade, os quais foram imediatamente confiscados e posteriormente descartados, garantindo a segurança dos usuários e a conformidade com a legislação sanitária.

Figura 36 - Produtos de estética confiscados e descartados devido ao vencimento do prazo de validade, evidenciando irregularidades sanitárias e risco ao usuário.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Nas inspeções em farmácias, eram avaliadas principalmente a procedência e o prazo de validade das medicações, assim como as condições de armazenamento. Em uma das visitas, foi identificada a comercialização de medicamentos de uso hospitalar, estes foram imediatamente descartados, e orientações sobre a correta conduta sanitária foram fornecidas ao responsável pelo estabelecimento.

Figura 37 - Medicamentos de uso exclusivo em ambiente hospitalar encontrados à venda em farmácia comum.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Durante o período de vivência, foi possível observar uma interdição em uma farmácia devido à ausência de registro de farmacêutico, bem como duas interdições de armários de medicamentos controlados em razão da falta de licença para comercialização desses produtos

Figura 38 - Armário de medicamentos controlados interditado pela equipe da vigilância sanitária. É possível observar que o dono da farmácia cobriu a tarja de interdição com papéis a fim de escondê-las.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

3.4.2 Aprimoramento da Gestão de Prazos nas Ações de Vigilância Sanitária

Durante a vivência, o residente identificou uma dificuldade na organização dos prazos de retorno aos estabelecimentos notificados. Para solucionar essa questão, foi desenvolvido um instrumento de registro em planilha no Excel Online, com o objetivo de orientar os retornos e garantir o cumprimento dos prazos estabelecidos. A receptividade da equipe foi excelente, e o instrumento foi incorporado à rotina de trabalho, contribuindo para maior eficiência na gestão das inspeções e no acompanhamento das adequações exigidas. As imagens do instrumento encontram-se no Anexo L.

4. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO (SESPE)

O estado de Pernambuco é composto por 184 municípios, além do arquipélago de Fernando de Noronha, possuindo uma área territorial de 98.067,879 km² e uma população total de 9.058.931 habitantes, conforme o censo de 2022 (IBGE, 2022). Para garantir a cobertura integral das ações de saúde, foram instituídas 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES), organizadas em quatro macrorregiões. Essa divisão permite que as particularidades de cada território sejam consideradas no planejamento e na execução de ações e campanhas de saúde. Cada uma dessas unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde (SES) é responsável por um conjunto de municípios, atuando de forma regionalizada e mais específica (Pernambuco, 2022).

A Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária (SEVSAP) integra a estrutura da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e está organizada em oito diretorias: Diretoria Geral de Vigilância Ambiental (DGVA), Diretoria Geral de Informação e Vigilância Epidemiológica (DGIVE), Diretoria Geral de Políticas Estratégicas e Transversais (DGPET), Diretoria Geral de Atenção Primária (DGAP), Diretoria Geral de Atenção à Saúde Prisional (DGASP), Diretoria Geral de Vigilância em Saúde e Atenção Primária (DGVSAP), Diretoria Geral de Laboratórios de Saúde Pública (DG LACEN) e Diretoria Geral da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (DG APEVISA).

A vivência do residente no município de Camaragibe possibilitou a familiarização com os conceitos de Saúde Única, bem como a compreensão da rede de saúde como um sistema interdependente, além do entendimento dos processos administrativos relacionados à hierarquização e à regionalização da gestão em saúde. Dessa forma, com base na experiência adquirida no município e em articulação direta com a gestão, estabeleceu-se uma atuação

estratégica em setores que convergiam com a expertise do residente: a Gerência Estratégica de Monitoramento, Avaliação e Articulação Institucional (GEMAAI), a Coordenação de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis (CDI) e a Coordenação de Educação Permanente em Saúde (CEPS).

4.1. Gerência Estratégica de Monitoramento, Avaliação e Articulação Institucional (GEMAAI)

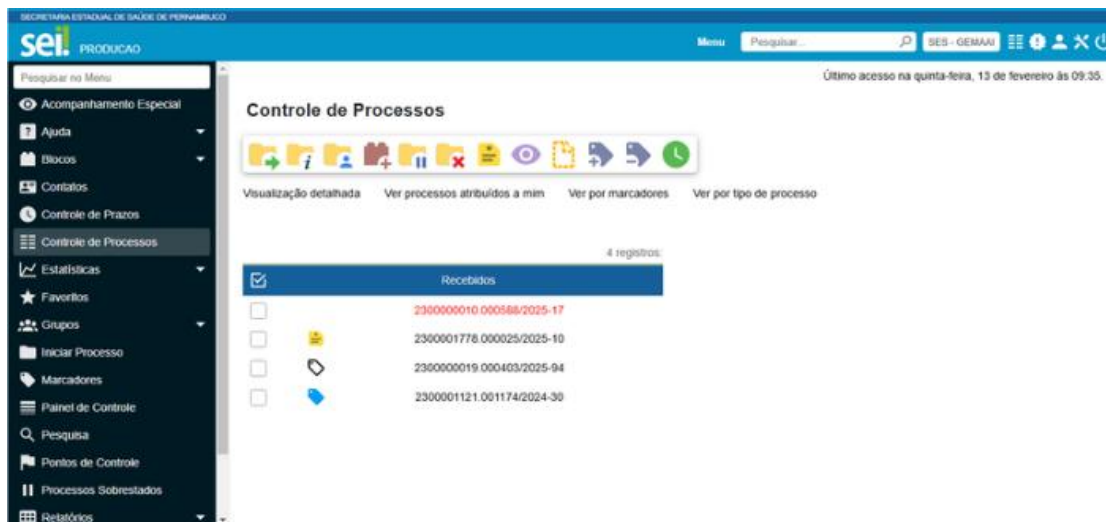
O Gerência Estratégica de Monitoramento, Avaliação e Articulação Institucional (GEMAAI) está vinculada à Diretoria Geral de Vigilância em Saúde e Atenção Primária (DGVSAP), a qual integra a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária (SEVSAP) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE).

Por se tratar de uma gerência de caráter transversal, que monitora e intervém nos processos de trabalho das demais gerências e diretorias, o GEMAAI é responsável por diversas atribuições estratégicas, tais como: apoio ao planejamento interno; elaboração de materiais de suporte e instrumentos de gestão; oferta de orientações técnicas aos demais setores; monitoramento de indicadores estratégicos; alinhamento e articulação de etapas programadas; destrave de etapas e processos administrativos; e articulação intersetorial. Dessa forma, o setor atua de maneira efetiva como facilitador e qualificador dos processos institucionais.

A vivência do residente nesse setor ocorreu em dois períodos distintos: de janeiro a abril de 2025 e, posteriormente, de outubro a dezembro de 2025. Considerando que a maioria dos processos de trabalho desenvolvidos no setor possuíam caráter contínuo, para fins de apresentação neste relatório foram destacadas algumas ações consideradas de maior relevância.

Ressalta-se que grande parte dos processos de trabalho realizados no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde ocorre por meio do Sistema Eletrônico de Informações (SEI). Assim, uma das primeiras atribuições do residente ao integrar a secretaria foi a familiarização com esse sistema. Para tanto, recomenda-se a realização do curso “SEI! USAR”, disponibilizado pela Escola Virtual do Governo, o qual se configura como um passo inicial fundamental para a adequada inserção e participação nos fluxos institucionais de trabalho.

Figura 39 - Página inicial da plataforma Sistema Eletrônico de Informações (SEI).



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

4.1.1 Relatório Anual de Gestão (RAG)

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é um instrumento de gestão de elaboração anual que possibilita ao gestor apresentar os resultados alcançados a partir da execução da Programação Anual de Saúde (PAS), além de orientar eventuais redirecionamentos que se façam necessários no Plano de Saúde, com vistas ao alcance das metas estabelecidas no Plano Estadual de Saúde (PES) (Brasil, 2021; Pernambuco, 2024). Por se tratar de uma gerência de caráter transversal, que articula todos os demais setores da secretaria, o GEMAAI desempenha papel essencial na construção deste relatório.

Nesse contexto, foi realizado o levantamento de todas as ações desenvolvidas pelas diretorias da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária (SEVSAP) no ano de 2024, organizadas por Regiões Distritais, totalizando 201 ações. Esse levantamento ocorreu em articulação com as demais diretorias, analisando-se o cumprimento ou não das ações previstas na Programação Anual de Saúde (PAS), alinhadas às Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI). As informações foram, então, consolidadas em um único documento, posteriormente encaminhado para publicação.

Para o residente, esse processo possibilitou observar de forma concreta a interface entre as esferas municipal e estadual, favorecendo a compreensão prática do modelo de gestão e monitoramento em saúde. Destaca-se, nesse sentido, a identificação de ações executadas no âmbito municipal que também constavam na PAS e no RAG, como o treinamento do Sistema

de Informação de Eventos em Saúde (SIES), vivenciado durante a experiência no setor de Vigilância Epidemiológica em Saúde do município de Camaragibe.

4.1.2 Eventos de importância para a saúde pública

Durante o período de vivência do residente, foi possível acompanhar as reuniões semanais do Comitê de Avaliação e Monitoramento de Eventos (CAME), conduzidas pelo Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS). Nessas reuniões são avaliados eventos com potencial importância para a saúde pública, tais como suspeitas de casos de sarampo — que, inclusive, incentivaram a construção do Capítulo 02 do Trabalho de Conclusão de Residência e a vivência no setor de doenças imunopreveníveis —, além de rumores internacionais (gripe aviária e febre de Lassa) e rumores nacionais (doença de Chagas e febre amarela).

No período, também houve intensa discussão acerca dos surtos de intoxicação associados ao uso de pomadas capilares, especialmente em função da proximidade do período carnavalesco, o que demandou o planejamento de estratégias específicas voltadas a eventos de massa. Nesse contexto, a participação da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA), assim como de outros setores estratégicos, mostrou-se fundamental para o alinhamento das ações de vigilância e para a mitigação de danos decorrentes da circulação de produtos irregulares e sem registro sanitário.

Figura 40 - Nota Técnica da APEVISA a respeito das intoxicações por pomadas capilares.



NOTA TÉCNICA - SES - Diretoria Geral da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária - Nº 2/2025

Recife, data de assinatura eletrônica.

ASSUNTO: Ações para detecção, prevenção e monitoramento de eventos adversos causados por pomadas capilares.

Fonte: Pernambuco, 2025.

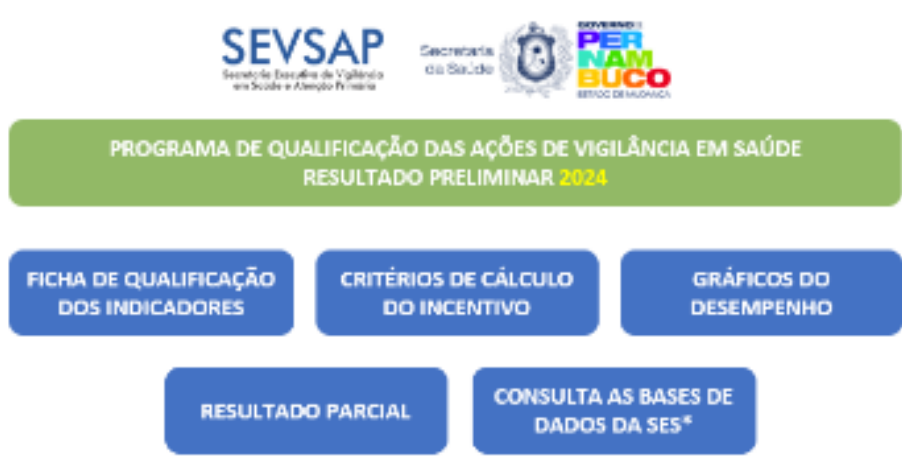
4.1.3 Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS)

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) representa um marco para a Vigilância em Saúde ao definir compromissos e responsabilidades compartilhadas entre as três esferas de governo: a federal, responsável pelo financiamento e apoio técnico; e as esferas estadual e municipal, encarregadas da execução das ações. O programa busca induzir a implementação de iniciativas que assegurem a melhoria contínua das ações de vigilância em saúde, por meio do cumprimento de metas estabelecidas a partir de indicadores pactuados, selecionados considerando sua relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Ambiente (Brasil, 2025).

A equipe do GEMAAI é diretamente responsável pelo monitoramento desses indicadores, com vistas à obtenção do valor integral do recurso financeiro previsto. Para isso, torna-se essencial a articulação permanente com as Gerências Regionais de Saúde, de modo a apoiar o cumprimento dos indicadores pactuados, identificar fragilidades e potencialidades regionais e subsidiar tecnicamente as estratégias necessárias para a qualificação das ações.

Nesse contexto, o residente pôde mobilizar os conhecimentos adquiridos no âmbito municipal, onde as ações são programadas e operacionalizadas com foco direto no alcance dos indicadores, e articulá-los à vivência no nível estadual, caracterizada por um escopo mais amplo, com atribuições de natureza orientadora, planejadora e de monitoramento sistêmico.

Figura 41 - Painel BI para monitoramento de indicadores do PQAVS.



Fonte: Pernambuco, 2025.

4.1.4 Planos Operacionais de Governo

Uma das ações mais recorrentes durante a vivência foi o monitoramento das etapas necessárias para o cumprimento dos planos operacionais lançados pelo Governo do Estado. Dentre esses instrumentos, destaca-se o Plano PE Acessível, lançado em fevereiro de 2025, que previa a implementação de diversas ações voltadas à inclusão de pessoas com deficiência. Entre as iniciativas contempladas, destacam-se a ampliação do fornecimento de próteses auditivas, a eliminação da fila de espera para cadeiras de rodas, a implantação de Centros Especializados de Reabilitação, entre outras estratégias estruturantes.

No que se refere às formas de custeio, os planos operacionais envolviam diferentes modalidades de financiamento, incluindo contratos oriundos de processos licitatórios, aditivos a convênios já existentes e editais de chamamento público. Esses processos eram monitorados de forma sistemática junto às diretorias responsáveis, por meio do uso de instrumentos de gestão baseados em planilhas e da realização de reuniões semanais, com o objetivo de orientar o cumprimento das etapas previstas e promover o destravamento de entraves administrativos.

Figura 42 - Notícia sobre o lançamento do programa Pernambuco Acessível.



Fonte: Pernambuco, 2025.

Figura 43 - Painel de monitoramento de etapas de planos operacionais de governo.

Nº	ETAPAS*	PREVISTO		REALIZADO		STATUS	DIRETORIA/EXECUTIVA	RESPONSÁVEL
		INÍCIO	TÉRMINO	INÍCIO	TÉRMINO			
1	ELABORAÇÃO DA NOTA TÉCNICA	21/01/2025	31/01/2025		31/01/2025	Concluído		Arabela Veloso - CASPD
1.1	ENVIO À DGPE PARA VALIDAÇÃO	31/01/2025	21/02/2025	04/02/2025		Atrasado		Alexciene - DGPE
1.1.1	ENVIO À SEVSAP PARA VALIDAÇÃO	21/02/2025	24/02/2025			A Iniciar		Alexciene - DGPE
1.2	RECEBIMENTO DA NT DA SEVSAP PARA COMPLEMENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DAS UPAES	24/02/2025	25/02/2025			A Iniciar		SEAS
1.3	COMPLEMENTAÇÃO DA NOTA TÉCNICA PARA INCREMENTO DO SERVIÇO DE CITORRINOLARINÓLOGIA NAS UPAES	25/02/2025	16/03/2025			A Iniciar		Milene Hacker, Mariana Xavier - SEAS
1.4	ENCAMINHAR NOTA TÉCNICA PARA DGMCG	16/03/2025	17/03/2025			A Iniciar		Milene Hacker, Mariana Xavier - SEAS
2	GERAR PROCESSO SEI	12/03/2025	12/03/2025			A Iniciar		Arabela Veloso - CASPD
3	FORMALIZAÇÃO CONTRATUAL					Atrasado		
3.1	ELABORAÇÃO DA NOTA TÉCNICA FINANCEIRA - PRECIFICAÇÃO					Atrasado		SEAF
3.2	FORMALIZAÇÃO DO TERMO ADITIVO					Atrasado		Isabela, Rebeca - DGMCG/SEAS
3.3	ASSINATURA DO TERMO ADITIVO					Atrasado		Isabela, Rebeca - DGMCG/SEAS
3.4	ADEQUAÇÃO DAS UNIDADES PARA A OFERTA DO SERVIÇO					Atrasado		UPAes

Fonte: cedida por GEMAAI, 2025

Durante esses monitoramentos, percebeu-se que as equipes, muitas vezes, não possuíam conhecimento acerca do fluxo necessário para o cumprimento desses processos. Diante disso, foi construído um fluxograma orientador em Excel, contemplando todas as etapas, prazos e setores responsáveis (Anexo M).

4.1.5 Termos de Cooperação (TC) da OPAS/OMS com o Brasil

A parceria entre a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) Brasil e a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) teve início com a celebração do 106º Termo de Cooperação, em 5 de julho de 2019, tendo como objeto a “Qualificação do Modelo de Atenção à Saúde do Estado de Pernambuco” (OPAS, 2024).

Figura 44 - 5º Termo de Ajuste ao 106º Termo de Cooperação Técnica para qualificação da atenção à saúde de Pernambuco.



Fonte: Brasil, 2025.

Com o objetivo de qualificar os processos de trabalho da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária em todas as Gerências Regionais de Saúde (GERES) do estado, foi realizada a contratação de 24 apoiadores, sendo dois por regional de saúde. Esses profissionais tinham como atribuições a elaboração de documentos técnicos, a análise estratégica das fragilidades de cada regional, a avaliação da Capacidade Analítica e de Resposta da Rede e a construção de planos de melhoria, atuando em apoio direto à gestão regional.

O residente participou ativamente dos processos de construção dos Termos de Referência para a contratação desses apoiadores, bem como da avaliação dos produtos entregues e do despacho de processos relacionados ao pagamento dos mesmos. Trata-se de um trabalho contínuo de monitoramento e avaliação, que permeou todo o período de vivência na Secretaria Estadual de Saúde.

4.1.6 Construção de organograma

Dentre as atividades desenvolvidas pelo residente durante o período de vivência, destacou-se a construção da proposta do novo organograma da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária (SEVSAP), considerando as diversas mudanças institucionais que ainda não havia sido contemplada no organograma anterior.

A proposta foi aprovada pela gestão executiva e apresentada a todos os profissionais da secretaria, passando a ser utilizada como referência organizacional até o momento da elaboração deste relatório (Anexo N).

4.1.7 Organização de eventos e oficinas

O GEMAAI também é responsável pela elaboração e idealização de diversos eventos e oficinas, abrangendo desde a criação da identidade visual até a organização da plataforma digital para inscrições, emissão de certificados, definição da programação e articulação com palestrantes. Dentre essas iniciativas, destaca-se o I Encontro de Integração da SEVSAP, que reuniu todos os profissionais da secretaria executiva com o objetivo de apresentar os novos integrantes da equipe e o novo organograma institucional elaborado.

Figura 45 - Apresentação do novo organograma da Secretaria Executiva, elaborado pelo residente, no I Encontro de Integração da SEVSAP. Equipe do GEMAAI, responsável pela organização, reunida durante o evento.



Fonte: Arquivo pessoal, 2025.

Outro evento de grande relevância foi o Congresso Pernambucano de Inovação & Integração em Saúde (CPIIS), juntamente com a I Mostra Pernambucana de Experiências Exitosas em Saúde (MEX-SAÚDE PE), que representaram um marco estratégico para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) em Pernambuco. A equipe do GEMAAI foi responsável por toda a articulação do evento, incluindo a construção da programação, desenvolvimento da plataforma digital, recebimento e organização dos trabalhos científicos submetidos, orientações para a elaboração dos anais, envio de certificados, condução das atividades no dia do evento, credenciamento dos participantes e mediação dos painéis.

Figura 46 - Comissão organizadora reunida durante o Congresso Pernambucano de Inovação & Integração em Saúde (CPIIS).



Fonte: cedida por GEMAAI, 2025.

O evento teve como objetivo integrar a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde (APS), promovendo a inovação digital e a cultura de dados no SUS. Ao todo, contou com a participação de 1.542 inscritos, 685 trabalhos submetidos e 607 trabalhos aprovados, apresentados nas modalidades pôster e oral. Dentre estes, nove trabalhos de maior destaque foram premiados com o *Kit de Fortalecimento da Gestão em Saúde* e troféus de menção honrosa.

Figura 47 - Sala de apresentação de resumos submetidos na modalidade Pôster.



Fonte: cedida por GEMAAI, 2025.

A vivência do residente no GEMAAI proporcionou uma compreensão aprofundada do funcionamento da gestão estadual em saúde, evidenciando o papel transversal da gerência na articulação, monitoramento e qualificação de processos administrativos e técnicos de todas as áreas da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária (SEVSAP). A atuação no setor permitiu ao residente observar de forma prática a integração entre planejamento, execução e avaliação de políticas públicas, bem como a importância de instrumentos de gestão, como o Relatório Anual de Gestão (RAG), indicadores estratégicos do PQA VS, planos operacionais e termos de cooperação internacionais, para o alcance das metas institucionais.

O envolvimento em processos contínuos, como monitoramento de indicadores, análise de fragilidades das regionais, elaboração de fluxogramas orientadores e acompanhamento de processos de pagamento e contratação, possibilitou ao residente desenvolver habilidades estratégicas de organização, sistematização de informações e articulação intersetorial. Adicionalmente, a participação na construção do novo organograma e na organização de

eventos e oficinas de grande escala evidenciou a relevância do GEMAAI como facilitador do diálogo entre diferentes níveis hierárquicos e setores, consolidando a integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde.

De forma geral, a experiência permitiu ao residente compreender o funcionamento sistêmico da gestão estadual, fortalecendo competências em planejamento, monitoramento, análise crítica de indicadores e produção de instrumentos de apoio à decisão, reforçando a importância do caráter transversal do GEMAAI na melhoria contínua das ações de saúde em Pernambuco.

4.2 Coordenação de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis

Durante o período de vivência, de maio a junho de 2025, o residente acompanhou de forma sistemática todas as etapas do processo de vigilância epidemiológica de doenças exantemáticas, com ênfase na detecção, notificação e investigação de casos suspeitos de sarampo. As atividades incluíram o monitoramento diário de notificações recebidas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), análise crítica dos dados epidemiológicos, classificação de casos conforme definição de caso e orientação técnica aos municípios para a adoção de medidas de controle, incluindo bloqueio vacinal e investigação de contatos.

Além do acompanhamento das rotinas operacionais, o residente participou de reuniões estratégicas com a equipe da CDI e representantes municipais, discutindo a situação epidemiológica, o cumprimento das metas vacinais e a implementação de ações de resposta rápida. Essa experiência possibilitou compreender a importância do fluxo articulado entre as diferentes esferas de governo, a sensibilidade do sistema de vigilância e a necessidade de atuação proativa para manutenção da certificação de eliminação do sarampo.

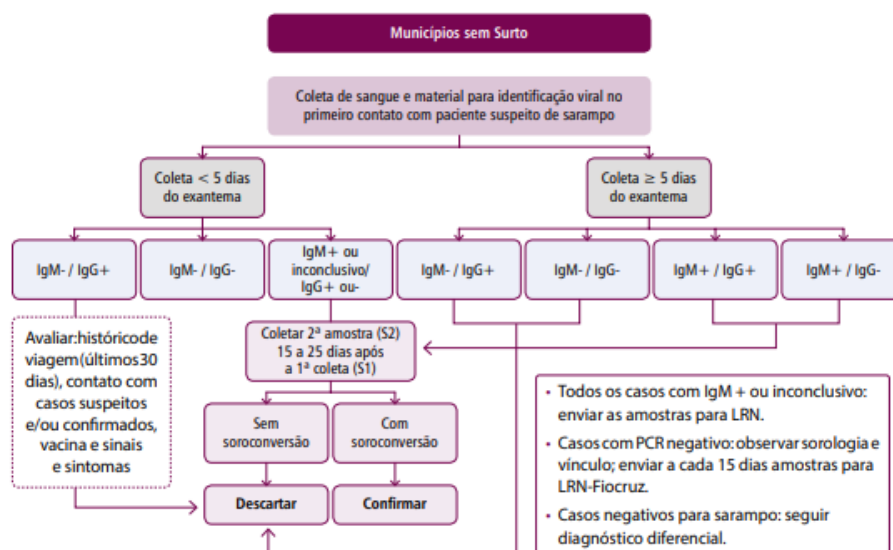
As atividades também contemplaram a elaboração de relatórios de monitoramento semanal, atualização de indicadores de cobertura vacinal e análise de tendências temporais e geográficas da doença, fortalecendo competências em vigilância baseada em evidências. Essa vivência permitiu ao residente perceber o papel estratégico da CDI no planejamento de campanhas de vacinação, no acompanhamento de surtos e na formação de profissionais de saúde para a detecção precoce de casos, reforçando a importância da vigilância contínua e integrada para a proteção da saúde coletiva.

O processo de trabalho no setor de Doenças Exantemáticas da CDI caracterizou-se pela continuidade e complexidade das atividades, com suporte constante às regionais de

saúde. Entre as atribuições acompanhadas pelo residente estavam: monitoramento de casos suspeitos, definição de casos suspeitos e de seus contatos, cadastro e qualificação de fichas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), orientação sobre coleta de amostras e análise de resultados laboratoriais via GAL, descarte de casos não confirmados, definição de condutas frente a casos suspeitos, além da análise de relatórios de investigação epidemiológica.

Essa vivência permitiu ao residente compreender, na prática, a relevância do fluxo articulado entre as diferentes esferas do sistema de saúde, a sensibilidade do sistema de vigilância e a importância da atuação proativa para a detecção precoce e contenção de surtos. A participação em todas essas etapas reforçou a capacidade de planejar, monitorar e avaliar ações de saúde pública, consolidando a importância da vigilância integrada, baseada em evidências e orientada por protocolos técnicos, como ferramenta essencial para a manutenção da certificação de eliminação do sarampo e para a proteção da saúde coletiva.

Figura 48 - Fluxograma do roteiro para confirmação ou descarte de caso suspeito de sarampo.



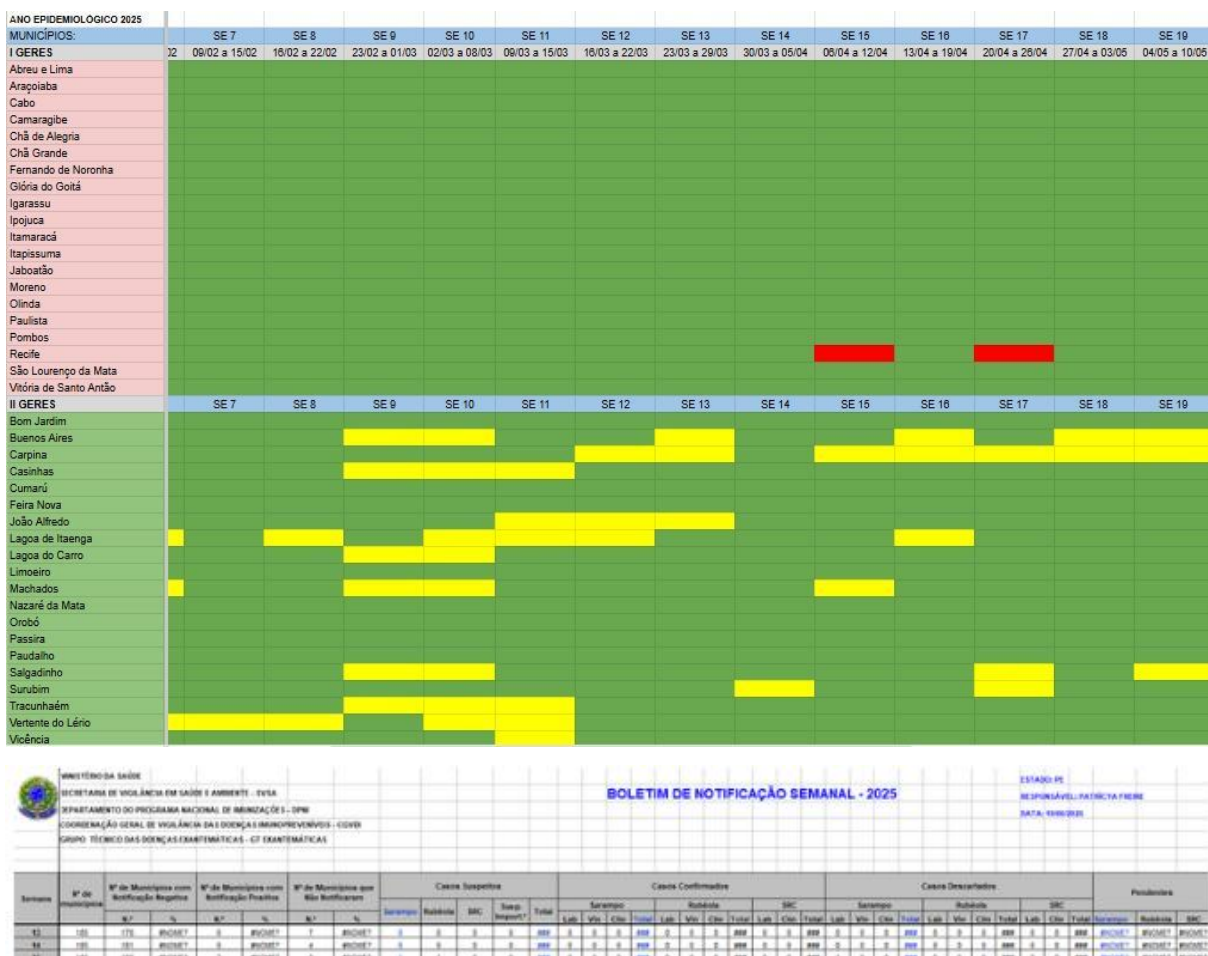
Fonte: Brasil, 2024.

a) Boletim de Notificação Semanal (BAL)

Durante o período de vivência, não foram registrados casos confirmados de sarampo em Pernambuco. No entanto, havia monitoramento contínuo de todos os municípios do estado por meio do Boletim de Notificação Semanal (BAL), que permitia o acompanhamento detalhado de casos suspeitos, descartados e situações epidemiológicas relevantes. As informações do BAL eram cuidadosamente analisadas e enviadas ao Ministério da Saúde,

garantindo atualização permanente e suporte técnico para decisões estratégicas de controle, reforçando a importância da vigilância epidemiológica ativa na manutenção do status de eliminação do sarampo.

Figura 49 - Instrumentos de monitoramento e registro de evolução de casos suspeitos de sarampo e rubéola.



Fonte: cedida por CDI, 2025.

b) Qualificação de fichas de notificação e higiene do banco do SINAN

Outro processo contínuo foi a qualificação das fichas de notificação e a higienização do banco de dados do SINAN. O banco apresentava casos duplicados, fichas desqualificadas e registros de casos já descartados, demandando análise criteriosa. Nesse contexto, o residente atuou na organização e atualização das informações, articulando-se com as regionais de saúde

sempre que necessário para garantir a consistência, confiabilidade e precisão dos dados utilizados no monitoramento do sarampo e em outras ações de vigilância epidemiológica.

Figura 50 - Instrumentos utilizados para monitoramento e registro de evolução de casos suspeitos de sarampo e rubéola.

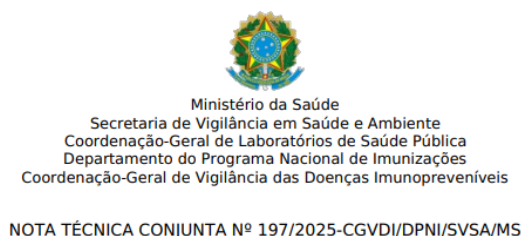
2025				2025
faltam informações sobre contato e bloqueio vacinal	EM INVESTIGAÇÃO	DESCARTADO	51244.27	
nº de contatos monitorados + nº total das doses aplicadas no bloqueio (relatório)	DESCARTADO	DESCARTADO	50171.33	
nº de contatos monitorados + nº total das doses aplicadas no bloqueio (relatório) SOLICITAR AO LACEN REALIZAR ANÁLISE DE ARBOVIROSES	DESCARTADO	DESCARTADO	51450.31	
solicitado ao Lacen testar arboviroses	DESCARTADO	DESCARTADO	51173.38	
RELATÓRIO	EM INVESTIGAÇÃO	EM INVESTIGAÇÃO	50578.87	
envio de relatório. Está com duplicidade no SINAN.	EM INVESTIGAÇÃO	DESCARTADO	5584466/ 50292.97	
Foi enviado email a IV GIERES, solicitando correção de ficha 5196999 e exclusão de ficha 5197002	EM INVESTIGAÇÃO	DESCARTADO	5196999/ 5197002 (rub)	
JÁ FOI ENVIADO EMAIL AO MUNICÍPIO	EM INVESTIGAÇÃO	EM INVESTIGAÇÃO		
JÁ FOI ENVIADO EMAIL AO MUNICÍPIO	EM INVESTIGAÇÃO	EM INVESTIGAÇÃO		
envio do relatório.	EM INVESTIGAÇÃO	DESCARTADO	51932.27	
ENVIÓ DE RELATÓRIO	EM INVESTIGAÇÃO	EM INVESTIGAÇÃO	48918.54	

Fonte: cedida por CDI, 2025.

c) “Dia s” - dia de mobilização nacional para busca ativa de casos suspeitos de sarampo e de rubéola

A partir de 2022, o Ministério da Saúde instituiu o Dia “S”, um evento nacional voltado para a realização de buscas ativas de casos suspeitos de sarampo e rubéola, compreendendo: Busca Ativa Institucional (BAI), Busca Ativa Comunitária (BAC) e Busca Ativa Laboratorial (BAL). Durante essa mobilização, profissionais de saúde visitam áreas estratégicas — como escolas, comunidades e unidades de saúde — a fim de identificar casos que poderiam não ser detectados na rotina da vigilância passiva, além de orientar a população sobre sinais, sintomas e a importância do diagnóstico precoce (Brasil, 2025).

Figura 51 - Nota Técnica que instituiu o 4º “DIA S” – Dia de mobilização nacional para realização de buscas ativas de casos suspeitos de sarampo e rubéola em 2025.



- 1. ASSUNTO**
- 1.1. Orientações para estados e municípios acerca da realização do 4º Dia “S” – Dia de mobilização nacional para realização das buscas ativas (institucional e comunitária) e busca ativa laboratorial, para aumentar a sensibilidade da captação de casos suspeitos de sarampo e rubéola em 2025.

Fonte: Brasil, 2025.

Figura 52 - Material de divulgação do 4º “DIA S” em Pernambuco.

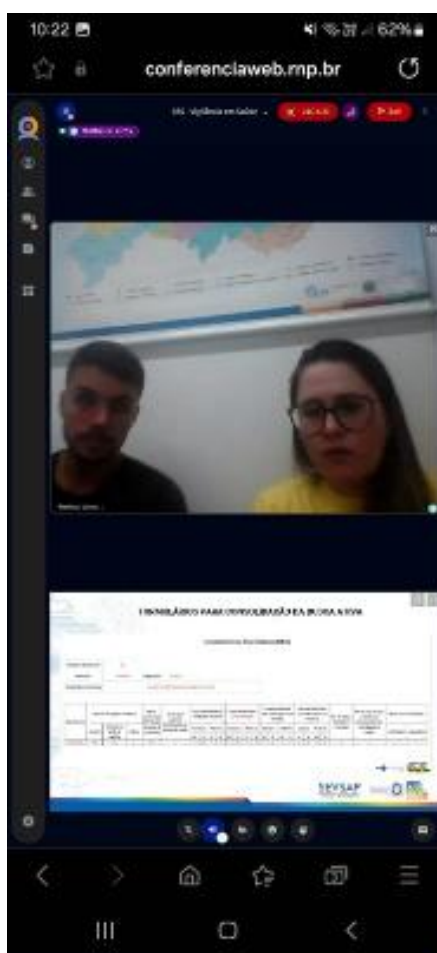


Fonte: Pernambuco, 2025.

O estado tem o papel de compilar os dados gerados pelo Dia “S” frente às regionais de saúde e enviá-los ao Ministério da Saúde, o que exige uma articulação robusta entre os diferentes níveis de gestão. Durante a participação nas orientações, o residente identificou uma fragilidade: a ausência de instrumentos de coleta de dados contínuos em tempo real, uma vez que as informações eram enviadas individualmente por e-mail, utilizando uma tabela disponibilizada pelo Ministério, limitando a agilidade e o controle das ações.

Para suprir essa lacuna, foram desenvolvidos três instrumentos de coleta de dados no Excel Online, correspondentes a cada tipo de busca ativa (Anexo O). Cada instrumento possuía abas específicas para cada instituição, GERES no caso da BAC e unidades hospitalares na BAI, garantindo padronização, rastreabilidade e eficiência na compilação de dados. Os instrumentos foram aprovados pela equipe técnica, apresentados aos gestores regionais e utilizados com sucesso durante o período de busca ativa, fortalecendo a gestão da informação e a tomada de decisão em tempo real.

Figura 53 - Reunião com todas as GERES para apresentação de novos instrumentos de coleta de dados em tempo real.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

D) Oficina de Doenças Imunopreveníveis

Como parte do apoio matricial do Estado às regionais de saúde, durante o período de vivência, foi realizada uma oficina de educação permanente voltada a profissionais de Vigilância em Saúde e Atenção Primária da XII GERES, realizada em Goiana, com a

participação de 30 profissionais. A oficina foi conduzida pela equipe técnica da Coordenação Estadual de Doenças Imunopreveníveis e abordou temas centrais como diagnóstico, definição de caso suspeito, condutas frente à suspeita, busca de contatos de casos suspeitos e preenchimento de fichas de notificação.

A metodologia aplicada foi ativa, baseada em estudos de casos clínicos, promovendo a participação, reflexão crítica e integração entre os participantes. O residente participou ativamente da atividade, observando e colaborando na condução das discussões, o que proporcionou aprendizado direto sobre estratégias de capacitação e fortalecimento das capacidades das regionais de saúde. A ação evidenciou a importância do suporte matricial estadual na uniformização de procedimentos, na qualificação técnica das equipes e na promoção da vigilância epidemiológica eficiente.

Figura 54 - Oficina de doenças imunopreveníveis para a XII GERES, realizada no município de Goiana.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

A vivência na Coordenação de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis possibilitou ao residente compreender a rotina contínua de monitoramento, notificação e análise de casos suspeitos, além da importância do suporte matricial às regionais de saúde. A participação em atividades como o Boletim de Notificação Semanal, higienização do banco do SINAN, o Dia “S” e oficinas de educação permanente evidenciou o papel estratégico do estado na prevenção, detecção e resposta a doenças imunopreveníveis. Além disso, essa experiência contribuiu diretamente para a construção do Capítulo II do presente relatório, fortalecendo competências em vigilância epidemiológica, articulação intersetorial e educação em saúde.

4.3 Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE)

A Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) atua como protagonista na Política Estadual de Educação Permanente, voltada à formação e qualificação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado. Fundamentada na Política Nacional de Educação Permanente, conforme a Portaria GM/MS nº 1.996/2007, a instituição utiliza estratégias político-pedagógicas para qualificar a atenção à saúde em diferentes instâncias. Sua atuação é orientada por princípios como valor social, alinhamento às necessidades de saúde, problematização dos processos de trabalho e compromisso institucional com o SUS, seguindo as diretrizes de descentralização e regionalização, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho (Pernambuco, 2023).

Durante todo o período de permanência, de julho a setembro de 2025, o residente atuou na Coordenação de Educação Permanente em Saúde (CEPS), que, dentre outras atribuições, é responsável pela criação de cursos auto instrucionais disponibilizados no ambiente virtual de aprendizado da escola. A institucionalização de novos processos formativos na ESPPE é impulsionada por um fluxo dinâmico de necessidades, que abrange desde solicitações diretas das áreas técnicas da Secretaria Estadual de Saúde até diagnósticos proativos realizados pela própria escola. Esse planejamento é rigorosamente alinhado ao Plano Estadual de Saúde e ao Plano de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (PGTES), garantindo que a qualificação dos profissionais responda às metas estratégicas do estado.

Adicionalmente, as demandas formativas são pactuadas no âmbito das Comissões Intersetoriais de Educação Permanente (CIES) e podem decorrer de recomendações do Ministério Público, assegurando que a educação permanente em saúde seja reflexo das prioridades epidemiológicas, operacionais e legais do SUS em Pernambuco.

Figura 55 - Página inicial do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) da ESPPE.



Fonte: ESPPE, 2025.

Durante esse período, o residente foi responsável pela estruturação e criação do Curso Básico de Vigilância Sanitária, que estava previsto para ser lançado no mês de dezembro. Foi possível acompanhar a criação do curso desde o início, iniciando com reuniões com a área técnica da APEVISA, que norteou a produção e forneceu suporte teórico para todas as etapas de elaboração. Em seguida, realizou-se a estruturação do plano de curso, com divisão de módulos e matriz curricular, etapa que demandou ampla pesquisa de referencial teórico para subsidiar cada capítulo. Também são construídas orientações sobre a identidade visual planejada para a equipe designers da ESPPE, incluindo estilo artístico desejado, cores a serem utilizadas e outros cursos utilizados como referência visual.

Figura 56 - Construção da matriz curricular do Curso Básico de Vigilância Sanitária.

5. MATRIZ CURRICULAR

Detalhamento dos módulos:

Módulos	Conteúdos	Objetivos de Aprendizagem	Atividades educacionais	CH
Módulo 1 A Vigilância Sanitária no Contexto do SUS e do SNVS	A Vigilância Sanitária (VISA) no SUS; Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);	Compreender a origem e organização da VISA; Identificar os campos de abrangência da Vigilância Sanitária; Analisar os elementos que fundamentam o processo de trabalho em Vigilância Sanitária; Compreender a formação, a estrutura e o funcionamento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).	Apresentação do curso Despertando o Interesse Videoaula Material complementar (Saiba +) Exercício de Fixação	10 h

Fonte: Autoria própria, 2025.

A produção do curso foi realizada no formato de diálogos cotidianos, com o objetivo de facilitar a fixação do conteúdo. O residente foi responsável pela criação dos personagens e do contexto da história, ambientada em um município fictício chamado Solária, que simula aspectos de um município pernambucano similar a Recife. Os personagens foram elaborados com diferentes formações, histórias, fragilidades e potencialidades, inseridos em situações

práticas relacionadas ao trabalho da vigilância sanitária, considerando que o público-alvo do curso são novos inspetores sanitários. Posteriormente, a área técnica realizou a revisão e validação do curso, seguida da gravação das videoaulas e da publicação e lançamento oficial.

Figura 57 - Esboço dos personagens criados pelo residente, antes da elaboração da versão final pela equipe de designers.

APRESENTAÇÃO DOS PERSONAGENS

MEDIADORES DO CURSO



Sônia: nutricionista, docente da Universidade Federal Rural de Vila Santa (VSVISA), pós-graduada em saúde coletiva, atualmente é diretora da Vigilância Sanitária do Estado de Vila Santa



Waldson: sanitarista de formação, pós graduado em segurança alimentar, já atuou na vigilância sanitária de diversos municípios, hoje trabalha como inspetor sanitário do município de Solária, capital de Vila Santa.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO MUNICÍPIO DE SOLÁRIA

Jorge: jovem farmacêutico recém formado, nascido no município de São Bento do Sul, localizada no interior de Vila Santa, acaba de assumir o cargo de inspetor sanitário no município de Solária.



Karol: médica-veterinária com experiência em vigilância epidemiológica, nunca trabalhou com inspeção sanitária, inscreveu-se no curso porque irá assumir um cargo com ênfase na área de Saúde Ambiental

Fonte: autoria própria, 2025.

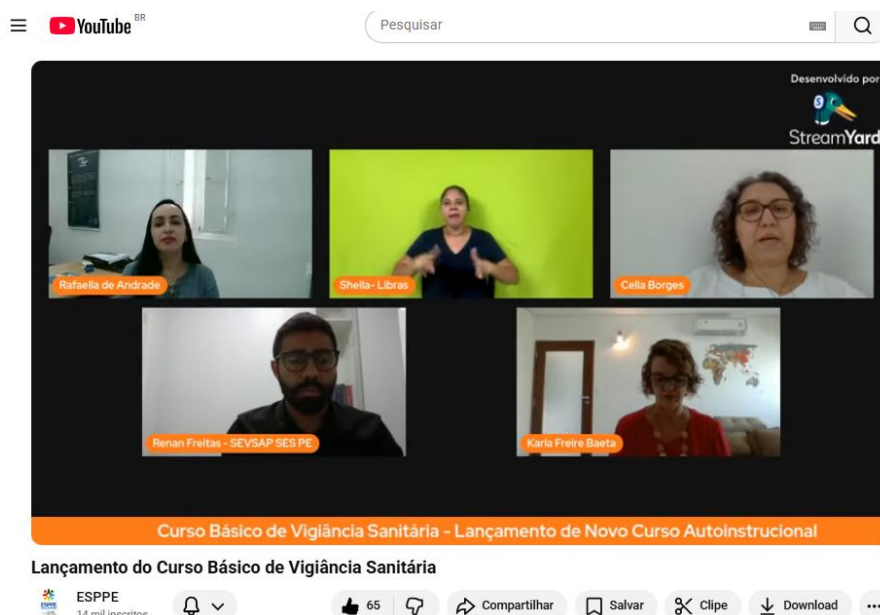
Figura 58 - Visual do curso após o lançamento, elaborado utilizando como base os personagens construídos anteriormente.



Fonte: ESPPE, 2025.

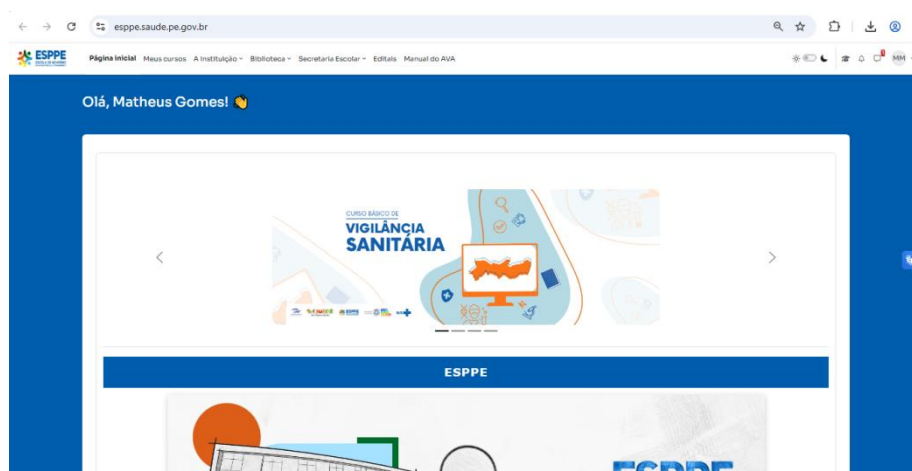
A vivência no setor mostrou-se de grande valia. Apesar de se tratar de um processo contínuo de trabalho, a criação do curso exigiu pesquisa minuciosa e aplicação de referencial teórico sólido. A CEPS proporcionou total liberdade criativa e autonomia ao residente para elaboração do conteúdo, permitindo o desenvolvimento de habilidades pouco exploradas no cotidiano profissional, como criação narrativa, design pedagógico e contextualização prática de conceitos teóricos.

Figura 59 - Lançamento oficial do curso na plataforma oficial do YouTube da ESPPE.



Fonte: ESPPE, 2025.

Figura 60 - Disponibilização do curso online no AVA da instituição.



Fonte: ESPPE, 2025.

5. ATIVIDADES COMPLEMENTARES E TRANSVERSAIS

Durante o período de residência, diversas atividades foram desenvolvidas de forma pontual ou contínua, sem vínculo direto com setores específicos, mas com relevância para a formação profissional e para o entendimento dos processos de gestão e participação social na

área da saúde. Estas atividades caracterizaram-se pela transversalidade, integrando saberes que potencializaram a prática profissional em diferentes níveis de atenção e vigilância.

5.1 Controle Social

a) Conselho Municipal de Saúde

O residente buscou participação ativa nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Camaragibe, reconhecendo a importância do controle social para o direcionamento das ações da Vigilância em Saúde e da Atenção Básica. Essas reuniões possibilitaram a identificação de demandas sociais frequentemente não percebidas pela gestão, abrangendo temas transversais à saúde, como transporte público e limpeza urbana. Durante o período de residência, o residente esteve presente em seis encontros mensais, acompanhando de perto o debate e a deliberação sobre questões estratégicas para o município.

Figura 61 - Reunião mensal do conselho Municipal de Saúde de Camaragibe.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

b) Conferências de Saúde

No âmbito municipal, destacou-se a participação do residente na 1ª Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e de Educação em Saúde de Camaragibe, ocasião em que foi possível realizar a relatoria de um dos grupos de trabalho

Figura 62 - 1ª Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e de Educação em Saúde de Camaragibe.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

Em âmbito estadual, o residente acompanhou a 5ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, também atuando na relatoria de um dos grupos de trabalho. Durante o mesmo evento, ocorreu a 4ª Mostra de Experiências Exitosas em Conferências de Saúde, na qual o residente apresentou um trabalho que foi reconhecido com menção honrosa (anexo A), reforçando a importância da troca de experiências e da visibilidade das práticas inovadoras no âmbito do SUS.

Figura 63 - 5ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

5.2 Eventos e oficinas

Dentre todos os eventos e oficinas aos quais o residente pôde participar, destacou-se a organização e participação na I Mostra de Experiências Exitosas em Saúde de Camaragibe, atividade que também resultou em menção honrosa, reconhecendo o mérito das práticas desenvolvidas e sua contribuição para a promoção da saúde no município.

Figura 64 - Residentes na I Mostra de Experiências Exitosas em Saúde de Camaragibe.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

No âmbito da formação complementar, um dos cursos de maior destaque frequentados pelo residente foi o EdPopSUS, promovido pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, com apoio da ESPPE. Este curso proporcionou aprofundamento em temas estratégicos de gestão e educação em saúde, fortalecendo competências essenciais para atuação no Sistema Único de Saúde, sobretudo no que tange à integração entre teoria e prática nos processos de atenção à saúde coletiva.

Figura 65 - Dinâmicas desenvolvidas durante a condução do curso EdPopSUS.



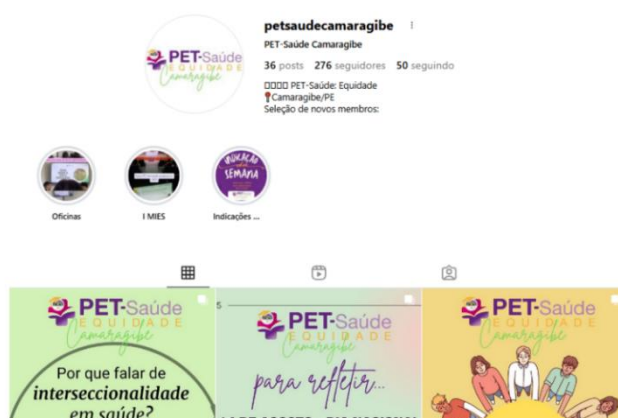
Fonte: arquivo pessoal, 2025.

5.3 Pet Saúde Equidade

A 11ª edição do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) teve a equidade como tema norteador. O programa contempla 150 projetos em todo o território nacional, com o objetivo de fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade e formar profissionais capazes de valorizar trabalhadores e futuras trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (SUS).

O residente participou de todas as etapas do programa como preceptor voluntário, coordenando a comissão de mídias sociais e atuando em encontros, oficinas e orientações de trabalhos e produções científicas. Essa experiência proporcionou ainda vivência significativa na criação de instrumentos de gestão e na condução de grupos de trabalho, fortalecendo competências estratégicas de liderança e organização.

Figura 66 - Página de Instagram do Pet Saúde Equidade Camaragibe.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

Figura 67 - Reunião geral, com todos os grupos de trabalho, do Pet Saúde Equidade Camaragibe.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

Dentre os produtos do PET-Saúde Equidade Camaragibe, destaca-se a organização e produção do evento Religião, Diálogo e Diversidade: Construindo Pontes em um Mundo Plural, que envolveu a gestão das inscrições, criação de identidade visual, desenvolvimento de plataforma digital para inscrições, credenciamento, articulação com palestrantes e emissão de certificados. O evento, realizado na UFRPE, contou com a participação de mais de 100 pessoas, consolidando-se como um marco na promoção da educação em saúde e no diálogo intersetorial no município.

Figura 68 - Página inicial do evento “Religião, Diálogo e Diversidade: Construindo Pontes em um Mundo Plural”.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

Figura 69 - Participantes do evento “Religião, Diálogo e Diversidade: Construindo Pontes em um Mundo Plural”.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa de Residência em Área Profissional de Saúde em Medicina Veterinária desempenha um papel fundamental na formação do médico veterinário, ao proporcionar uma vivência ampla e articulada entre diferentes níveis de gestão, setores e esferas do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante o período de residência, o residente teve a oportunidade de atuar em contextos municipais e estaduais, desenvolvendo competências técnicas, administrativas e pedagógicas, além de participar de atividades transversais e intersetoriais que englobam vigilância sanitária, imunoprevenção, educação permanente e programas nacionais de saúde. A experiência prática permitiu compreender a importância da integração ensino-serviço-comunidade, consolidar conhecimentos teóricos em situações reais de trabalho e fortalecer habilidades de planejamento, monitoramento e articulação interinstitucional. Ademais, a participação em eventos, oficinas, programas de educação continuada e iniciativas de controle social contribuíram para a construção de uma visão ampla e crítica do sistema de saúde, preparando o residente para atuar de forma propositiva e estratégica, com compromisso ético, social e científico, frente aos desafios sanitários e às demandas da população.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 14.064, de 8 de setembro de 2020. Altera o Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais), para tipificar condutas e aumentar as sanções penais referentes a crimes contra a dignidade dos animais. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14064.htm. Acesso em: 21 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de Vigilância em Saúde: volume 1*. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-1-6a-edicao/view>. Acesso em: 22 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) — instrumento de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/rag>. Acesso em: 22 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Nota Técnica Conjunta nº 197/2025-CGVDI/DPNI/SVSA/MS. Brasília, 2025. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-conjunta-no-197-2025-cgvdi-dpni-svsa-ms/view>. Acesso em: 21 jan. 2026.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 6.878, de 17 de abril de 2025. Dispõe sobre o Plano Nacional de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 2025.

Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-6.878-de-17-de-abril-de-2025-626067933>. Acesso em: 22 jan. 2026.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Camaragibe (PE) | Cidades e Estados.

Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/camaragibe.html>. Acesso em: 22 jan. 2026.

Lei Ordinária Municipal nº 32, de 31 de dezembro de 1997. Dispõe sobre a organização do espaço territorial do Município de Camaragibe (PE), suas finalidades e diretrizes para uso e ocupação do solo. Camaragibe, 31 dez. 1997. Disponível em:

<https://leismunicipais.com.br/a/pe/c/camaragibe/lei-ordinaria/1997/3/32/lei-ordinaria-n-32-1997-define-a-organizacao-do-espaco-terriotrial-do-municipio-de-camaragibe-conforme-especifica>. Acesso em: 23 jan. 2026.

Lei Ordinária Municipal nº 420, de 2009. Altera a Lei nº 299, de 11 de outubro de 2006, que dispõe sobre a criação das Regiões Político-Administrativas e dos bairros do município de

Camaragibe (PE). Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pe/c/camaragibe/lei-ordinaria/2009/42/420/lei-ordinaria-n-420-2009-altera-a-lei-n-299-de-11-de-outubro-de-2006-que-dispoe-sobre-a-criacao-das-regioes-politico-administrativas-e-dos-bairros-do-municipio-de-camaragibe>. Acesso em: 23 jan. 2026.

Lei Ordinária Municipal nº 49, de 1998. Institui o Código de Saúde do Município de Camaragibe, em substituição ao Código Sanitário (Lei Municipal nº 104, de 1996), e dá outras providências. Camaragibe, 1998. Disponível em:

<https://leismunicipais.com.br/a/pe/c/camaragibe/lei-ordinaria/1998/4/49/lei-ordinaria-n-49-1998-institui-o-codigo-de-saude-do-municipio-de-camaragibe-em-substituicao-ao-codigo-sanitario-lei-municipal-n-104-96-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 23 jan. 2026.

MENDES, B. E. M. et al. Acompanhamento terapêutico na atenção básica: Estratégia de cuidado para acumuladores compulsivos. *Psicologia Clínica*, v. 34, n. 2, p. 269-288, 2022.

Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2910/291079471004.pdf> . Acesso em: 22 jan. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS). Relatório técnico – 1º semestre de 2024: Qualificar o modelo de atenção à saúde do Estado de Pernambuco. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-11/rttc1061sem2024.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2026.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Relatório Anual de Gestão – RAG 2024, 2024. Recife, 28 mar. 2025. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2026/01/RAG_2024_FINAL_28.03.2025.pdf. Acesso em: 22 jan. 2026.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). Projeto Político-Pedagógico (PPP): versão final. Recife: ESPPE, 2023. Disponível em: https://esppe.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/127529/mod_resource/content/4/PPP_ESPPE_2023_vers%C3%A3o_Final_julho%202023.pdf. Acesso em: 21 jan. 2026.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. ESPPE – Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. Mapas de saúde – Região de Saúde. Disponível em: <https://esppe.saude.pe.gov.br/mod/folder/view.php?id=28486>. Acesso em: 22 jan. 2026

Anexo A - Apresentação e menção honrosa do relato “Vigilância e georreferenciamento de casos potenciais de doenças ocupacionais relacionadas ao amianto em Camaragibe – PE”, publicado na 4ª Mostra de Experiências Exitosas em Conferências de Saúde

VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: EXPERIÊNCIA DE IDENTIFICAÇÃO E GEORREFERENCIAMENTO DE CASOS POTENCIAIS DE INTOXICAÇÃO POR AMIANTO EM CAMARAGIBE - PE

LEIROS, M. G. M.; SILVA, K. K. R.; FERREIRA, A. C. S.; FEITOSA, J. G.; SAMICO-FERNANDES, E. F. T.

UFRPE / VIGEP-CAMARAGIBE



Conferência
Estadual de Saúde
do Trabalhador
e da Trabalhadora



Conselho Estadual
de Saúde de
Pernambuco - CESP/PE

Secretaria
de Saúde



PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO



"Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
Pernambucana como Direito Humano"

Certificado de Menção Honrosa

4ª Mostra de Experiências Exitosas em Conferências de Saúde: "Saúde do trabalhador e da trabalhadora só se faz com o trabalhador e a trabalhadora"

Conferimos a **Matheus Gomes Magalhães Leiros, Erika Fernanda Torres Samico Fernandes, Karolayne Karen Rodrigues da Silva, Ana Cristina da Silva Ferreira, Janaina Gomes Feitosa e Monik Silva Duarte** a Menção Honrosa, em reconhecimento ao trabalho apresentado no eixo Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, cuja contribuição se destacou pelo impacto e relevância no fortalecimento da Política de Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador nos territórios de Pernambuco.

Parabenizamos pelo empenho, dedicação e compromisso com a promoção da saúde no mundo do trabalho.

**Dr. Zilda de Rego
Cavalcanti**
Secretária Estadual
de Saúde

**Sônia Maria de
Oliveira Pinto**
Presidente do
CES/PE

Fernanda de Lira Soares
Coordenadora da
5ª CESTT

**Edoardo de Andrade
Oliveira**
Vice-Coordenador da
5ª CESTT



Conselho Estadual
de Saúde de
Pernambuco - CESP/PE

Secretaria
de Saúde

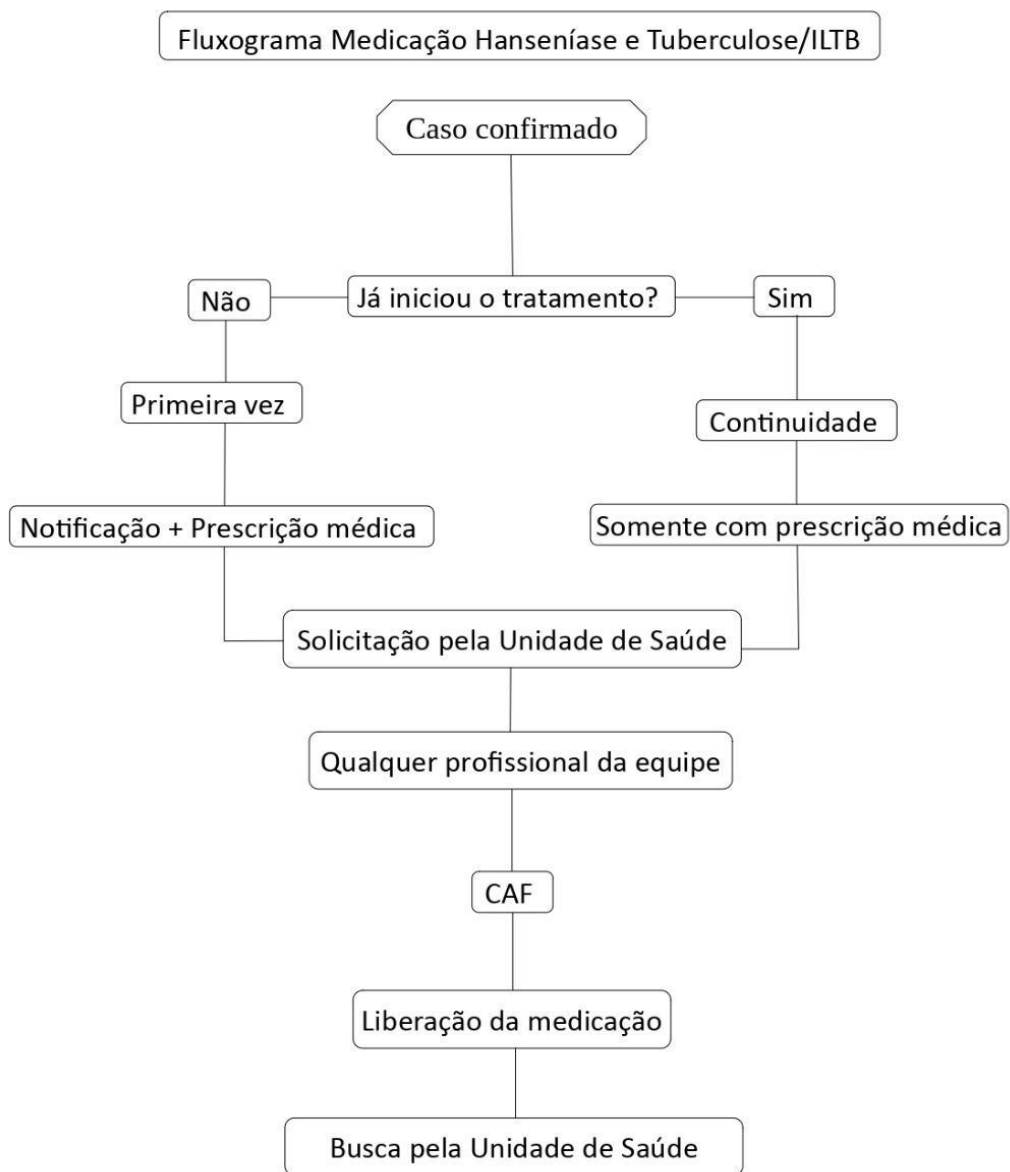


PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO



Anexo B - Fluxo para o recebimento de medicamentos destinados a pacientes com hanseníase e tuberculose/infecção latente da tuberculose (ILTB).

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
COORDENAÇÃO DE TUBERCULOSE E HANSENÍASE



Anexo C - Instrumento para o monitoramento do Grau de Incapacidade em pessoas acometidas por hanseníase

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
COORDENAÇÃO DE TUBERCULOSE E HANSENÍASE

Acompanhamento do grau de incapacidade de pacientes de Hanseníase

UNIDADE DE SAÚDE: _____ FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL: _____

NOME DO PACIENTE	DATA DE INÍCIO DE TRATAMENTO	DATA DE AVALIAÇÃO	SEQUELAS APRESENTADAS	INDICAÇÃO DA CONDUTA/ENCAMINHAMENTOS
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		

Anexo D - Relato de caso “O Animal como Porta de Entrada: Fortalecendo o Vínculo de Cuidado Junto a uma Paciente com Transtorno de Acumulação em Camaragibe - PE”, apresentado na I MEX-SAÚDE PE.



O Animal como Porta de Entrada: Fortalecendo o Vínculo de Cuidado Junto a uma Paciente com Transtorno de Acumulação em Camaragibe - PE

Matheus Gomes Magalhães Leiros^{1*}, Allisson Inácio Batista², Marcelia Ribeiro Tiné³,

Karolayne Karen Rodrigues da Silva¹, Erika Fernanda Torres Samico-Fernandes²

¹Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), Recife, Pernambuco. ²Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe, Camaragibe, Pernambuco. ³Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba.

*Autor correspondente: matheusleirosvet@gmail.com

OBJETIVO DA EXPERIÊNCIA

Intervenção com abordagem multiprofissional na Atenção Primária a paciente com Transtorno de Acumulação, com a participação de médicos-veterinários.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A experiência, desenvolvida em Camaragibe-PE, consiste no acompanhamento de uma paciente de 72 anos, em situação de acumulação de objetos e animais, sem vínculo com a eSF. Diante do histórico de recusa ao cuidado, o médico-veterinário da e-Multi, junto a residentes, elaborou um Projeto Terapêutico Singular. A abordagem, aplicada em 6 visitas multiprofissionais, utilizou o interesse no bem-estar animal como estratégia para estabelecer um vínculo de confiança e viabilizar o cuidado em saúde.

APRENDIZADO E ANÁLISE CRÍTICA

A inclusão do médico-veterinário na equipe multiprofissional é um fator decisivo para o sucesso de abordagens a casos complexos. A estratégia de “Uma Só Saúde” foi validada na prática, demonstrando que o cuidado animal pode ser uma potente ferramenta de vínculo para superar barreiras de acesso em usuários resistentes. Fica evidente que a solução para desafios que transcendem o modelo biomédico exige, fundamentalmente, a articulação de diferentes saberes e práticas.

OBJETIVOS

Restabelecer o vínculo de cuidado entre uma comunitária em situação de acumulação e sua Equipe de Saúde da Família (eSF). Utilizar o bem-estar de seus animais como estratégia de aproximação para viabilizar a atenção integral (humana, animal e ambiental), sob a perspectiva de “Uma Só Saúde”.

RESULTADOS

O principal resultado foi o restabelecimento do vínculo entre a usuária e a eSF, superando a barreira histórica de acesso ao cuidado. Essa nova relação de confiança viabilizou desdobramentos concretos: a realização de consulta médica para avaliação geral, a vacinação antirrábica dos animais em parceria com a Vigilância Ambiental e o início do acompanhamento psicológico. A moradia apresentou melhorias significativas na organização, mas o caso segue em acompanhamento multiprofissional contínuo.

CONCLUSÃO E/OU RECOMENDAÇÕES

Conclui-se que a atuação do médico-veterinário na e-Multi é uma estratégia potente no manejo de casos de pessoas em situação de acumulação, com benefícios à saúde humana, animal e ambiental. Recomenda-se a continuidade do acompanhamento multiprofissional, com ênfase no suporte psicológico e na articulação intersetorial com a assistência social e serviços urbanos, a fim de promover efetivamente o conceito de “Uma Só Saúde”.

Referências

SCHMIDT, D. R.; DELLA MEA, C. P.; WAGNER, M. F. Transtorno da Acumulação: características clínicas e epidemiológicas. *CES Psicol. Medellín*, v. 7, n. 2, p. 27-43, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/ces/psic/ceb/ceb/articulos/ceb5701-30670715009000008411print>. Acesso em: 30 out. 2025.

OLIVEIRA, J. S. et al. Acumuladores de animais - Identificação do perfil. *Revista de Educação Continuada em Medicina Veterinária e Zootecnia do CRMV-SP*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 84-84, 2017. Disponível em: <https://www.revistemv-crmv-sp.com.br/index.php/revista/article/view/36856>. Acesso em: 30 out. 2025.



Anexo E - “e-Pasta” criada para distribuição de materiais durante o Fórum Municipal Integrado em Saúde sobre Febre do Oropouche.



PREFEITURA DE
CAMARAGIBE



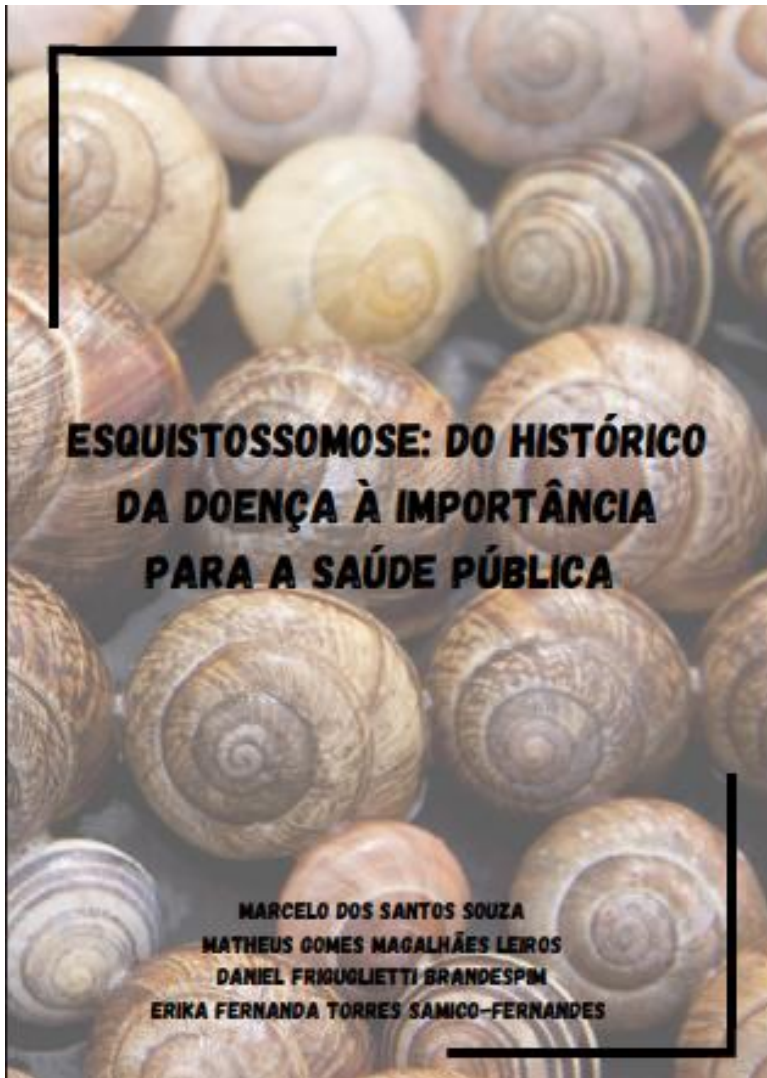
Fórum Municipal Integrado em Saúde sobre
Febre do Oropouche
O que devemos e precisamos fazer?

e-Pasta



 Essa e-Pasta economizou 10.780 páginas e 110 pastas de PVC

Anexo F - “Cartilha Esquistossomose: do histórico da doença à importância para a Saúde, publicada pela Editora Universitária da UFRPE



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO

Prof^a. Maria José de Sena
Reitora da UFRPE
Prof^a. Maria do Socorro de Lima Oliveira
Vice-Reitora
Edson Carneiro do Nascimento
Diretor do Sistema de Bibliotecas da UFRPE



EDITORA UNIVERSITÁRIA - EDUFUPE

Antônio Marcelo Freitas Athayde Cavalcanti
Diretor da Editora da UFRPE
José Aluísio de Araújo
Coordenador Administrativo da Editora da UFRPE
Josuel Pereira de Souza
Chefe de Produção Gráfica da Editora da UFRPE

Diagramação final
Janilson Leiros de Araújo Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Esquistossomose : do histórico da doença à importância para a saúde pública / Marcelo dos Santos Souza... [et al.] -- Recife, PE : Editora da Universidade Federal Rural de Pernambuco - UFRPE, 2024.

Outros autores: Matheus Gomes Magalhães Leiros, Daniel Friguolietti Brandespim, Erika Fernanda Torres Samico-Fernandes.

Bibliografia.
ISBN (título) 978-65-80446-19-5
ISBN (título) 978-65-80446-20-1

1. Agente zoonótico de saúde 2. Agente zoonótico de saúde - Formação profissional 3. Educação em saúde 4. Doenças parasitárias 5. Esquistossomose 6. Esquistossomose - Diagnóstico e tratamento I. Souza, Marcelo dos Santos. II. Leiros, Matheus Gomes Magalhães. III. Brandespim, Daniel Friguolietti. IV. Samico-Fernandes, Erika Fernanda Torres.

CDD-616.9
24-232167 NLN-WC-100

Índice para catálogo sistemático:
1. Esquistossomose : Infectologia : Ciências médicas
816.9
Aline Grazielle Bastos - Bibliotecária - CRB-13129

Controle de Pombos: Proteja sua Saúde e Ambiente

Embora comuns em áreas urbanas, os pombos não têm predadores naturais, o que permite sua rápida reprodução e transformação em pragas urbanas. Além disso, transmitem diversas doenças, como:

- Criptococose
- Histoplasmose
- Salmonelose
- Psitacose



Os sintomas variam muito de acordo com a doença, mas podem causar óbito.

Como controlar e prevenir?

- Nunca alimentar esses animais
- Fechar buracos e espaços onde os pombos possam se abrigar
- Remoção de ninhos e ovos
- Umedecer as fezes dos pombos antes de limpar
- Utilizar luvas e máscara para realizar a limpeza
- Não deixar restos de alimentos, como ração de cães e gatos



O controle eficaz da população de pombos e a prevenção de doenças associadas dependem da colaboração de toda comunidade. Siga estas orientações para proteger sua saúde e manter o ambiente urbano seguro.

Observação: Matar pombos é crime ambiental! Lei 9605/98 e Decreto 6514/08.



Prefeitura de Camaragibe
Secretaria de Saúde
Diretoria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Ambiental
Rua Severino Joaquim de Santana, 02 - Timbó
Telefone: (81) 3458-0723
E-mail: vigambientalcomaragibe@gmail.com



Esporotricose

O que é esporotricose?

Também chamada de "Doença do Jardineiro", é uma doença causada por um fungo endêmico da região da América Latina. Tanto humanos como animais ficam doentes quando entram em contato com esse fungo e estão com portas abertas como feridas e arranhões.

Como é transmitida?



- **Feridas por todo o corpo**, mas principalmente em focinho, cabeça e membros;
- Perda de apetite, emagrecimento e outros sintomas secundários.



Gatos são **vítimas** da doença e se infectam da mesma maneira que os humanos, pelo ambiente ou outros animais infectados. **Por conta disso, manter os animais dentro de casa é um ato de amor, cuidado e prevenção.**



Relato de experiência: show do milhão camaragibense - ação educativa sobre raiva e bem estar animal pelo Programa Saúde na Escola (PSE) em Camaragibe-PE

AZEVEDO, J. C. L¹; LEIROS, M. G. M¹; ALMEIDA, W. N. M².

¹ Residente de Saúde Coletiva da Área Profissional de Saúde em Medicina Veterinária da Universidade Federal Rural de Pernambuco;

² Docente do curso de Medicina Veterinária da Universidade Federal Rural de Pernambuco

*E-mail para correspondência: jessycacarolina7@gmail.com

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política pública intersetorial que visa promover a integração entre as áreas de Saúde e Educação no ambiente escolar, oferecendo aos alunos o acesso a informações e práticas que incentivam a prevenção de doenças e a adoção de estilos de vida saudáveis. Nesse contexto, relata-se uma ação educativa realizada em uma escola estadual de ensino fundamental e médio localizada na região de Aldeia dos Camarás, no município de Camaragibe-PE, com o objetivo de sensibilizar os alunos sobre a prevenção de doenças e o manejo responsável de animais de estimação. A iniciativa surgiu a partir da criação de um folder informativo sobre a raiva animal, com o intuito de abordar o tema nas escolas da região de Aldeia, especialmente após a confirmação de dois casos da doença em equinos na área, que, por suas características ambientais, favorecem os ciclos de transmissão dessa zoonose. A ação foi inspirada no programa televisivo "Show do Milhão", sendo estruturada como uma competição educativa entre quatro turmas do ensino médio: duas do 2º ano e duas do 3º ano, totalizando 94 alunos. Em cada rodada, os alunos respondiam a perguntas de múltipla escolha, com níveis de dificuldade progressivos. Cada turma elegeu um representante para responder as perguntas, e, como no programa de TV, os participantes contavam com alternativas de ajuda, caso tivessem dificuldades nas respostas. As opções incluíam: anular uma alternativa, pedir auxílio à plateia (constituída pela própria turma) ou recorrer ao apoio dos "universitários" — compostos por profissionais da Unidade de Saúde da Família vinculada à escola, que foram convidados a participar da dinâmica. Os temas abordados durante a atividade incluíram: "Raiva", "Febre do Oropouche", "Bem-Estar Animal" e "Guarda Responsável", utilizando a oportunidade para promover a campanha de vacinação antirrábica prevista para o mês seguinte. Como incentivo, a turma vencedora receberia um ponto extra em uma disciplina previamente acordada com a direção da escola, enquanto as demais turmas participantes iriam receber meio ponto pelo engajamento demonstrado. A dinâmica foi muito bem recebida pelos alunos, que participaram ativamente, demonstrando interesse e discutindo os temas entre si, além de fazer perguntas aos organizadores. A coordenadora da escola também expressou satisfação com os resultados, destacando a eficácia da metodologia utilizada. Além de contribuir para a educação em saúde, dinâmicas interativas como essa reforçam a importância do PSE ao integrar temas de saúde única no cotidiano escolar, estimulando o desenvolvimento de habilidades de prevenção e manejo de forma lúdica. Esse modelo de ação tem grande potencial para ser ampliado e mantido, tendo como exemplo a boa aceitação dos alunos e os resultados alcançados na iniciativa, visando difundir o conhecimento nas escolas, alinhado à abordagem da Saúde Única.

Palavras-chave: Educação, Zoonose, Saúde pública.

Anexo J - Relato de experiência sobre Trilha de Caça aos Focos, publicado em anais do I Encontro de Saúde Única do GESU: Atualidades e Desafios Emergentes.

Relato de experiência: trilha de caça aos focos – ação educativa sobre Febre do Oropouche e manejo ambiental em escola do Programa Saúde na Escola (PSE)

LEIROS, M. G. M.¹; AZEVEDO, J. C. L.¹; BATISTA, A. I.²; SILVA, K. K. R.³; SAMICO-FERNANDES, E. F. T.⁴

¹Residente de Saúde Coletiva da Área Profissional de Saúde em Medicina Veterinária da Universidade Federal Rural de Pernambuco;

²Médico Veterinário da e-Multi de Camaragibe-PE;

³Discente de Medicina da Universidade Federal da Paraíba;

⁴Docente do curso de Medicina Veterinária da Universidade Federal Rural de Pernambuco

*E-mail para correspondência: matheusleirosvet@gmail.com

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política pública essencial para a promoção da saúde no ambiente escolar, proporcionando às crianças conhecimento e práticas necessárias para prevenir doenças e criar hábitos saudáveis. Nesse contexto, relata-se uma ação educativa em uma escola de ensino fundamental I, localizada próxima ao primeiro caso de Febre do Oropouche registrado no município de Camaragibe-PE, com o objetivo de sensibilizar os alunos sobre o manejo ambiental e prevenção de doenças. A iniciativa, intitulada “Trilha de Caça aos Focos”, evidenciou o manejo correto do lixo e da matéria orgânica, fundamentais para reduzir o risco de proliferação do vetor da Febre do Oropouche, o *Culicoides paraensis*, e do *Aedes aegypti*, transmissor de outras arboviroses. A escola foi escolhida por seu projeto de horta integrada, que promove o contato direto dos alunos com práticas de cultivo e manejo ambiental. Foram contemplados cerca de 70 alunos, distribuídos em 3 turmas e divididos em subgrupos de 8 estudantes, que se mostraram entusiasmados e engajados. A trilha foi estruturada em 7 seções interativas que ilustraram potenciais focos de vetores e promoveram orientações práticas. Na primeira seção, uma tampa de garrafa PET com água demonstrou que mesmo recipientes pequenos podem se tornar criadouros para o *Aedes aegypti*. Na segunda seção, um balde destampado foi utilizado para reforçar a importância de cobrir reservatórios de água, fundamental em comunidades que enfrentam desabastecimento. A terceira seção abordou a troca e limpeza diária dos bebedouros para animais de estimação, a fim de evitar proliferação de larvas. Na quarta seção, foram colocadas embalagens recicláveis no solo para discutir o descarte correto e enfatizar a importância da reciclagem. A quinta seção incluiu um lixeiro aberto, ressaltando a necessidade de tampá-lo para evitar a presença de vetores. Na sexta seção, foram posicionados restos de folhas e frutas para enfatizar o descarte adequado de matéria orgânica. Por fim, a sétima seção trouxe uma simulação de fezes de animais confeccionadas com papelão molhado, orientando sobre a importância de recolhê-las corretamente para prevenir odores e vetores. Assim, essa ação de educação em saúde reforçou o papel do PSE no desenvolvimento de habilidades práticas de prevenção de vetores e manejo de resíduos. Através da didática lúdica e interativa, em detrimento da metodologia tradicional, os estudantes divertiram-se enquanto aprenderam conceitos complexos de saúde e sustentabilidade, além de refletirem sobre a relação entre ação humana, saúde coletiva e preservação ambiental. Essa iniciativa fortaleceu a educação ambiental ao incorporar elementos práticos, como a

Anexo K – Material gráfico e transmissão ao vivo da Live de Saúde Mental.



A influência das mídias sociais em transtornos de ansiedade e auto-imagem.



Prefeitura Municipal de Camaragibe
1,54 mil inscritos

Inscriver-se

19



Compartilhar



Anexo L - Instrumento de monitoramento de retorno de inspeções sanitárias a estabelecimentos.

	A	B	C	D	E
1	Nome do Estabelecimento	Natureza do estabelecimento	Bairro	Data da primeira visita	Data da segunda visita
2	Braxmed	Manutenção de equipamentos odonto	Aldeia	17/12/2024	27/01/2025
3	FarmaIdeia		Aldeia	17/12/2024	
4	Apogeu Center		Bairro novo do Carmelo	19/12/2024	
5	Soares Fit Academia		Alberto Maia	19/12/2024	23/01/2025
6	Goode Smile	Clínica Odontologia s/RX	Timbi	25/11/2024	26/12/2024
7	Br Pragmas		Céu Azul	26/12/2024	
8		2025			
9					
10	Clínica Horizonte	Clínica Terapêutica	Aldeia	08/01/2025	20/01/2025
11	Clínica Villa Ideal	Clínica Terapêutica	Aldeia	13/01/2025	16/01/2025
12	Clínica Resiliência (Souza Santos Emp. Saúde Ltda)	Clínica Terapêutica	Aldeia	13/01/2025	23/01/2025
13	Mat Tec	Controladora de Pragas	Vila da Inabi	20/01/2025	27/01/2025
14	Retrô	Clube Esportivo	Aldeia	22/01/2025	
15	Derbimagem	Diagnóstico	Vila da Fábrica	23/01/2025	
16	Desinfect	Controladora de Pragas	Jardim Primavera	23/01/2025	07/02/2025
17	Laboratório Amazonas	Posto de Coleta	Bairro Novo	23/01/2025	
18	Farmácia Camará Extra Farma	Farmácia	Alberto Maia	28/01/2025	
19	Multiodonto	Consultório odontológico c/RX	Jardim Primavera	28/01/2025	
20	Sorria Camaragibe	Consultório odontológico s/RX	Bairro Novo	31/01/2025	

F	G	H	I	J	K
Data da terceira visita	Prazo para adequação	Status da Visita de Retorno	Situação	Data do Licenciament	Obs
03/02/2025		Feita	Licenciado	03/02/2025	
		Feita	Licenciado		
		Feita	Licenciado	19/12/2024	
	10/02/2025	Pendente			Compareceu a Responsáve
14/01/2025		Feita	Licenciado	07/02/2025	Pendência documental
		Pendente			Aguardar contato do Respc
20/01/2025		Pendente			
06/02/2025		Pendente			análise documental
10/02/2025	14/02/2025	Pendente			NOTIFICAÇÃO DE COMP
		Feita	Licenciado		
	22/02/2025	Pendente			
		Feita	Licenciado	23/01/2025	
		Feita			estabelecimento fechado
	10/02/2025	Pendente			
	31/01/2025	Pendente			
	05/02/2025	Pendente			
	04/02/2025	Pendente			
				TN 020/25 72 horas	


Anexo M - Fluxograma orientador em de etapas para cumprimento de planos operacionais de governo.



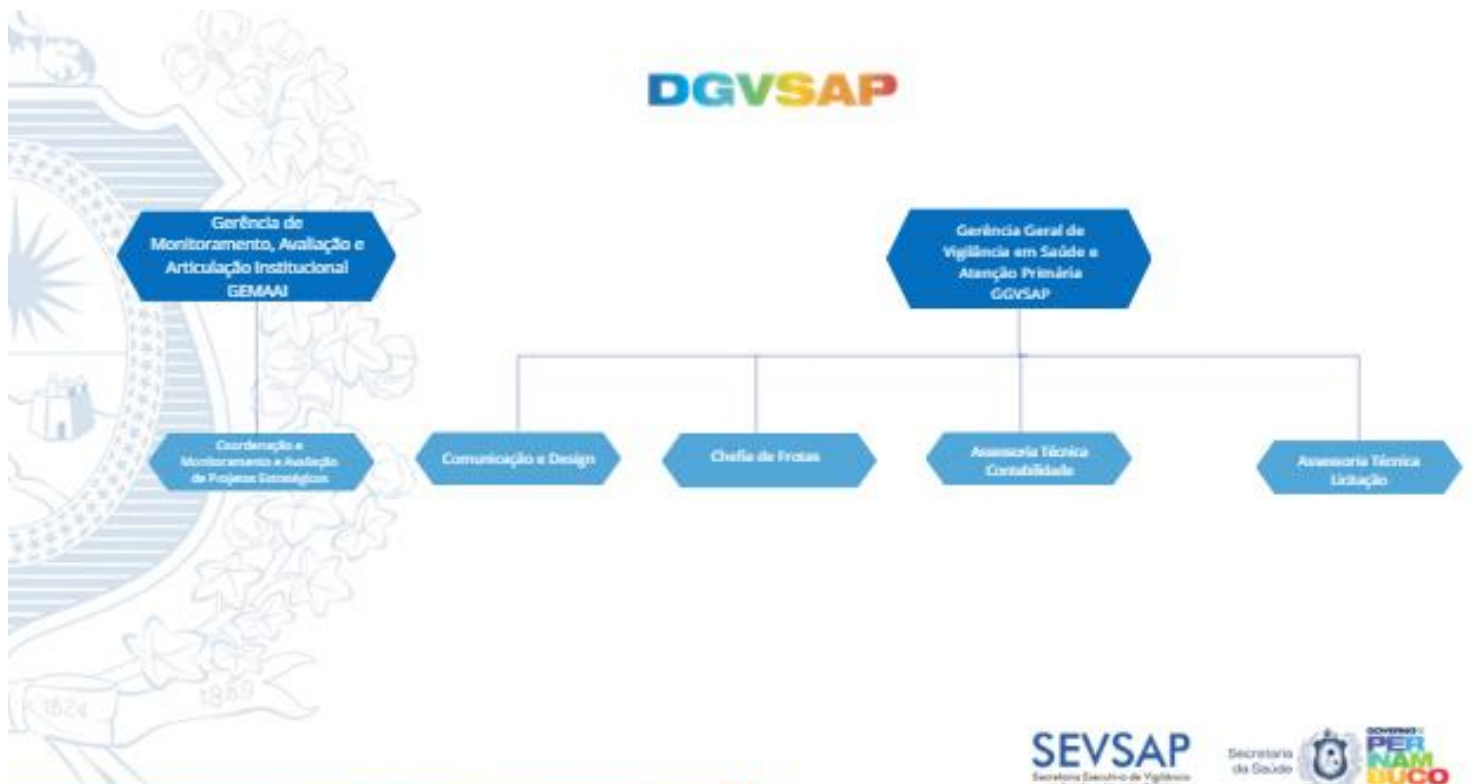
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA
DIRETORIA GERAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA
GERÊNCIA GERAL DE MONITORAMENTO AVALIAÇÃO E ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL



Nº	ETAPAS	PRAZO (DIAS ÚTEIS)	RESPONSÁVEL	OBSERVAÇÃO
1	Elaboração de Nota Técnica	5	ÁREA TÉCNICA	
2	Minuta de alteração de Portaria	3	SERS	
3	Validação CT CIB	20	SEVSAP/SERS	
4	Publicação de Resolução CIB	3	SEGECC	
5	Publicação da Portaria	3	GAB	
6	Plano de Trabalho	5	ÁREA TÉCNICA	
7	Despacho de Autorização, exarado pela Secretária Estadual de Saúde	3	GAB	
8	Solicitação Orçamentária e Financeira	20	DGPO	
9	Nota de Empenho	3	SEAF	
10	Indicação dos Gestores do Convênio	2	SEAF	
11	Juntada de Documentação da Instituição	5	ÁREA TÉCNICA	
12	Elaboração de Minuta de Convênio	10	DGAJ	
13	Nota Técnica da DGAJ	5	DGAJ	
14	Assinatura do Convênio pelas partes	5	GAB/PRESTADOR	
15	Nota de liquidação	3	SEAF	

A		B		C	D	E	F	G		H
1	 <p align="center">SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA DIRETORIA GERAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA GERÊNCIA GERAL DE MONITORAMENTO AVALIAÇÃO E ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL</p>									
2										
3										
4	Nº	ETAPAS	PRAZO (DIAS ÚTEIS)	RESPONSÁVEL	OBSERVAÇÃO					
5	1	Criação de Código Efisco (caso não exista)	2	Area Técnica						
6	2	Documento Formalização Demanda - PE Integrado	3	ponto focal PCA da diretoria/DGGE	Deve estar contido no PCA					
7	3	Elaboração de Nota Técnica c/ código Efisco	10	Area Técnica	Autorização DGCC (SEAF)					
8	4	Autorização DGCC (SEAF)	5	DGCC (SEAF)						
9	5	Estudo Técnico Preliminar	10	Area Técnica	Apoio da engenharia clínica (quando couber)					
10	6	Formalização de Intenção de Registro de Preço	8	GGVSAP						
11	7	Manifestação de interessados	5	GGVSAP						
12	8	Criação de Solicitação de Despesa - PE Integrado	1	Area Técnica/ ponto focal PCA da diretoria	PE Integrado					
13	9	Elaboração de Termo de Referência sem valor	10	GGVSAP/ponto focal PCA da diretoria						
14	10	Cotação	15	SEAF						
15	11	Termo de Referência com valor	1	Area Técnica	Sem valor					
16	12	Definição de Natureza de Despesa	3	SEAF						
17	13	Classificação de Despesa	3	DGPO						
18	14	Análise pela SAD - PE Integrado	30	SEVSAP						
19	15	Ajuste de cotas	10	SEVSAP						
20	16	Análise do atendimento de cotas	5	SAD						
21	17	Formulação do Edital	10	SAD						
22	18	Análise do edital	15	DGAJ	DGAJ					

Anexo N – Organograma SEVSAP.



Anexo O - Instrumentos de coleta de dados em tempo real e monitoramento de BAC e BAI no DIA S.

Registro consolidado da Busca Ativa Comunitária (BAC)										
III GERES										
Unidade federada (UF)		PE		Responsável pelo consolidado		Aldenize Moreira de lima				
Período da BAC										
17/06/2025 - 27/06/2025										
Data da busca	Nº de bairros ou comunidades	Nº de Municípios	Nº de pessoas entrevistadas/avaliadas**	Total de casas visitadas	Total de dispositivos comunitários* visitados	Nº. de casos suspeitos identificados na comunidade		Nº de casos classificados		
						Sarampo	Rubéola	confirmados	descartados	
17/06/2025	40	9	467	239	10	0	0	0	0	
18/06/2025	41	9	362	177	6	0	0	0	0	
19/06/2025	34	8	305	168	7	0	0	0	0	
20/06/2025	39	9	367	176	6	0	0	0	0	
21/06/2025	2	8	654	79	2	0	0	0	0	
22/06/2025	7	8	455	166	3	0	0	0	0	
23/06/2025	28	8	620	234	6	0	0	0	0	
24/06/2025	35	9	482	222	18	0	0	0	0	
25/06/2025	40	9	527	170	14	0	0	0	0	
26/06/2025	27	9	535	92	9	0	0	0	0	
27/06/2025	47	9	483	248	6	0	0	0	0	
Total	340	95	5257	1971	87	0	0	0	0	

**Planilha busca ativa 4º dia "S" Sarampo e Rubéola 2025
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES**



Data da busca (dd/mm/aaaa)	Nº de Registros impressos avaliados	Nº de Registros eletrônicos avaliados
17/05/2025 ATÉ 17/06/2025		

CASOS SUSPEITOS

Nº do caso	Dados gerais de identificação do caso				Data de início dos sintomas			Cumpra a definição de caso suspeito? (sim/não)	Diagnóstico registrado em boletim/relatório/prontuário/evolução (médica)	O caso já havia sido notificado para sarampo ou rubéola?	Foi coletada amostra? (ver item "b")
	Nome do paciente	Idade	Endereço	Telefone do pai/mãe/tutor	Febre	Exantema	Outros (tosse, coriza, conjuntivite, linfadenopatia)				
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

Notas:
a. Se for encontrado um novo caso suspeito com data de início do exantema nos últimos 30 dias, prosseguir com a investigação e coleta de amostra.

Capítulo II - A Queda da Cobertura Vacinal e a Reemergência do Sarampo no Brasil: Uma Análise Sociodemográfica do Período 2010-2024.

RESUMO

O sarampo é uma doença viral altamente contagiosa e prevenível por vacinação, cuja reemergência tem sido observada globalmente em decorrência da queda das coberturas vacinais e do aumento da hesitação vacinal. No Brasil, após a certificação de eliminação da circulação endêmica em 2016, o país enfrentou um expressivo surto entre 2018 e 2020, culminando na perda do status de eliminação e evidenciando fragilidades estruturais nos sistemas de imunização e vigilância. Este estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico e sociodemográfico dos casos confirmados de sarampo no Brasil entre 2010 e 2024, correlacionando-os com as coberturas vacinais e com fatores socioculturais e regionais. Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, descritivo e retrospectivo, baseado em dados secundários provenientes do SINAN, DATASUS, IBGE e documentos oficiais do Ministério da Saúde. Foram analisadas variáveis temporais, geográficas, clínicas e sociodemográficas por meio de estatística descritiva. No período analisado, foram registrados 41.091 casos confirmados, concentrados majoritariamente entre 2018 e 2020, responsáveis por aproximadamente 95% do total. A reintrodução do vírus esteve associada a casos importados, especialmente da Venezuela, em um contexto de coberturas vacinais abaixo da meta de 95%, com posterior consolidação da transmissão autóctone. Observou-se expressiva heterogeneidade regional, com maior vulnerabilidade nas regiões Norte e Sudeste, além de maior impacto em populações socialmente vulneráveis. Lactentes apresentaram os maiores coeficientes de incidência e mortalidade, e populações indígenas mostraram-se desproporcionalmente afetados. A análise evidencia que a queda sustentada das coberturas vacinais, aliada à hesitação vacinal, desigualdades socioeconômicas e desafios logísticos, foi determinante para a reemergência do sarampo no país. Conclui-se que a manutenção da eliminação da doença exige o fortalecimento contínuo da vigilância epidemiológica, da atenção primária e das estratégias de imunização, com ações específicas voltadas à redução das iniquidades e ao enfrentamento da desinformação.

PALAVRAS-CHAVES: Cobertura Vacinal; Hesitação Vacinal; Perfil Epidemiológico; Sarampo; Saúde Pública.

1. INTRODUÇÃO

O sarampo é uma doença viral, infecciosa aguda e potencialmente grave, caracterizada pelo alto potencial de contágio: estima-se que até 90% dos indivíduos suscetíveis adquirem a doença após o contato com o vírus (Brasil, 2024a). A gravidade da doença é acentuada em países em desenvolvimento, onde a taxa de mortalidade pode chegar em 1 a 2 óbitos para cada 1.000 crianças infectadas (Wellcome, 2019).

A sintomatologia do sarampo pode incluir febre alta, exantema maculopapular de distribuição cefalocaudal, tosse, coriza, conjuntivite não purulenta e manchas de Koplik, sendo considerado caso suspeito quando há febre e exantema associados a pelo menos um dos demais sintomas. O diagnóstico é feito por sorologia (ELISA para IgM/IgG) ou RT-PCR, com diagnóstico diferencial para rubéola, dengue, Zika e outras doenças exantemáticas. Os casos confirmados podem ser classificados como importados, relacionados à importação, autóctones ou de fonte desconhecida (Brasil, 2024a).

A morbimortalidade associada ao sarampo apresenta variabilidade acentuada, com prognósticos mais reservados em grupos de alta vulnerabilidade, como crianças menores de cinco anos, adultos acima de 20 anos, gestantes e indivíduos imunocomprometidos. Fatores como desnutrição, deficiência de vitamina A e condições de aglomerados populacionais potencializam o risco de desfechos graves. Nesse contexto, a administração de palmitato de retinol (vitamina A) é recomendada para todas as crianças com suspeita da doença, mediante avaliação profissional, como estratégia fundamental para a redução da mortalidade e prevenção de complicações sistêmicas (Brasil, 2024a).

No Brasil, o sarampo é uma doença de notificação compulsória desde 1968. Por meio de um robusto Programa Nacional de Imunizações (PNI), o País obteve sucesso em eliminar a circulação endêmica do vírus, recebendo a certificação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 2016 (Brasil, 2019; Brasil, 2022). Contudo, este marco foi perdido em 2019, após um intenso surto iniciado no ano anterior, resultante da reintrodução do vírus a partir de casos importados da Venezuela, em um cenário de acentuada queda nas coberturas vacinais. Após anos de enfrentamento, o país conseguiu interromper a transmissão e foi novamente certificado como livre do sarampo em 2024 (Brasil, 2025; Loureiro *et al.*, 2024).

A vacinação constitui uma das estratégias mais custo-efetivas para a prevenção de doenças infecciosas, sendo responsável atualmente por evitar entre 2 a 3 milhões de mortes anuais em todo o mundo, número que poderia ser ampliado em 1,5 milhão caso a cobertura vacinal global fosse aprimorada (OMS, 2019). No Brasil, as vacinas utilizadas para a prevenção do sarampo incluem a vacina dupla viral, que confere proteção contra os vírus do

sarampo e da rubéola, sendo indicada para bloqueio vacinal em situações de surto; a vacina tríplice viral, que protege contra sarampo, caxumba e rubéola; e a vacina tetra viral, que adiciona proteção contra varicela (BRASIL, 2024a).

Apesar dos avanços alcançados no controle da doença em todo o mundo, a manutenção da transmissão endêmica do vírus em alguns países gera preocupação quanto ao seu restabelecimento em regiões onde a doença já foi considerada eliminada. O risco de importação de casos e consequente desencadeamento de novos surtos é latente, especialmente em situações em que as coberturas vacinais estão abaixo do ideal, configurando-se como um desafio para os sistemas de vigilância (Makarenko *et al.*, 2022).

O Calendário Nacional de Vacinação estabelece estratégias distintas para a imunização contra o sarampo conforme a faixa etária e o risco ocupacional. Para a população entre 12 meses e 29 anos, o protocolo exige a comprovação de duas doses para o esquema completo, enquanto para adultos de 30 a 59 anos a recomendação é de dose única (BRASIL, 2024b). Já os trabalhadores da saúde devem possuir o registro de duas doses independentemente da idade, visando mitigar a transmissão em ambientes assistenciais e fechar lacunas de suscetibilidade histórica. Ressalta-se que a vacinação é contraindicada para gestantes por se tratar de uma vacina de vírus vivo atenuado (Brasil, 2024a).

Embora a vacinação, segura e eficaz, tenha evitado cerca de 60 milhões de mortes entre 2000 e 2023, o sarampo ainda é comum em muitos países em desenvolvimento e continua sendo uma importante causa de morte entre crianças. No ano de 2023, por exemplo, estima-se que 107.500 pessoas morreram de sarampo (OMS, 2025).

Um dos principais desafios para a manutenção de altas coberturas vacinais é a hesitação vacinal, definida como a relutância ou recusa em se vacinar, mesmo diante da disponibilidade de vacinas (OMS, 2019), o que representa um risco não apenas individual, mas para toda a comunidade, pois compromete a imunidade coletiva, que protege inclusive aqueles que não podem ser vacinados. Para o sarampo, estima-se que entre 90% a 95% da população precise estar vacinada para que essa proteção coletiva funcione (Wellcome, 2019; Loureiro *et al.*, 2024).

Globalmente, observa-se um aumento da resistência comunitária à vacinação, dificultando o alcance das metas estabelecidas. A consequente redução das coberturas vacinais, especialmente entre crianças em faixas etárias prioritárias, compromete os progressos obtidos nas últimas décadas e aumenta o risco de reemergência de doenças previamente controladas (Jama *et al.*, 2018; OMS, 2019; Martinot *et al.*, 2019).

A trajetória do Brasil, marcada pela eliminação, recrudescência e uma nova certificação, evidencia a complexidade e a suscetibilidade do controle de doenças imunopreveníveis. O surto de 2018-2022 não foi um evento homogêneo; sua magnitude foi moldada por uma confluência de fatores, incluindo falhas na vacinação, fluxos migratórios e profundas vulnerabilidades socioeconômicas.

Nesse contexto analisar em detalhes o perfil epidemiológico e social, especialmente desse período crítico, é essencial na compreensão das dinâmicas que permitiram a rápida disseminação do vírus e identificação dos grupos mais afetados, tornando essa análise uma ferramenta fundamental para entender as vulnerabilidades estruturais, fortalecendo as estratégias de vigilância e imunização, evitando a repetição de futuras crises sanitárias e auxiliando na formulação de políticas de saúde mais efetivas e permanentes.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Analisar o perfil epidemiológico e sociodemográfico dos casos de sarampo confirmados no Brasil entre 2010 e 2024, correlacionando-os com as coberturas vacinais no mesmo período, considerando o impacto de variantes socioculturais regionais e do contexto geopolítico.

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever a distribuição espaço-temporal dos casos confirmados de sarampo, com ênfase no surto de 2018-2020.
- Caracterizar os casos segundo variáveis sociodemográficas (faixa etária, gênero, raça/cor, escolaridade).
- Identificar a evolução clínica (mortalidade), a origem (autóctone vs. importado) e o critério de confirmação dos casos.
- Comparar a incidência de casos com os dados de cobertura vacinal por região.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado a partir da análise de dados secundários referentes aos casos confirmados de sarampo no Brasil, no período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2024.

Foram utilizados dados de domínio público provenientes de sistemas oficiais de informação em saúde, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), além de documentos técnicos do Ministério da Saúde. A extração dos dados ocorreu durante o mês de Julho de 2025

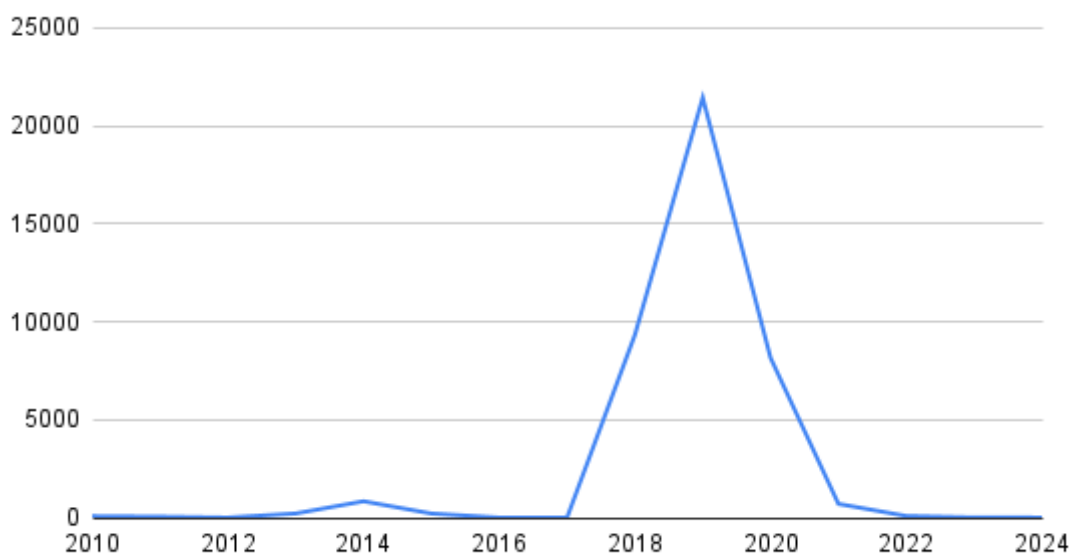
Foram selecionadas variáveis geográficas, sociodemográficas (faixa etária, gênero, raça/cor, escolaridade), clínico-epidemiológicas, considerando a sazonalidade sociopolítica, bem como a situação vacinal e o contexto da pandemia de COVID-19. Os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas (Microsoft Excel®) e analisados por meio de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e proporções) (Pagano e Gauvreau, 2004).

Por se tratar de um estudo com dados secundários, agregados e de domínio público, a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa foi dispensada, conforme Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

4. RESULTADOS

Entre 2010 e 2024, foram registrados, no Brasil, 41.091 casos confirmados de sarampo. A concentração mais significativa ocorreu entre os anos de 2018, 2019 e 2020, período em que foram registrados, respectivamente, 9.329, 21.433 e 8.151 casos, totalizando 38.913 casos, representando aproximadamente 95% do total no período. Embora tenha havido uma redução expressiva nos anos subsequentes, ainda foram notificados 701 casos em 2021. Já em 2023 e 2024, apenas 15 casos foram confirmados, demonstrando um avanço substancial no controle da transmissão viral e no enfrentamento do surto epidêmico (DATASUS, 2025).

Gráfico 01 - Casos confirmados de Sarampo no Brasil, 2010 – 2024.



Fonte: DATASUS, 2025.

4.1. Cobertura vacinal

A análise da cobertura da primeira dose da vacina tríplice viral no Brasil (2010-2024) revela um cenário de fragilidade crônica, com uma média nacional de 93,84%, patamar inferior à meta de 95% recomendada pela OMS (DATASUS, 2025; Loureiro *et al.*, 2024). Essa vulnerabilidade atingiu um ponto crítico em 2017, ano que precedeu o surto, quando a cobertura da primeira dose caiu para 86,24% e a da segunda dose atingiu 72,94%, seu menor nível histórico até o momento (DATASUS, 2025). Essa queda simultânea expôs a população e contribuiu diretamente para a reemergência do sarampo em território nacional (Loureiro *et al.*, 2024; Maciel e Ramos, 2024; Makarenko *et al.*, 2022; Sato *et al.*, 2023, Silva *et al.*, 2024). A crise na imunização se intensificou nos anos seguintes, culminando no índice global mais baixo do período em 2021, com apenas 74,94% de cobertura para a primeira dose e 53,20% para a segunda dose (DATASUS, 2025).

Tabela 1 - Cobertura vacinal da vacina Tríplice Viral (D1 e D2), Brasil, 2010 – 2024.

Ano	Tríplice Viral D1 (%)*	Tríplice Viral D2 (%)
2010	99,93	-
2011	102,39	-
2012	99,50	-
2013	107,46	68,87
2014	112,80	92,88
2015	96,07	79,94

2016	95,41	76,71
2017	86,24	72,94
2018	92,61	76,89
2019	93,12	81,55
2020	80,88	64,27
2021	74,94	53,20
2022	80,70	57,64
2023	90,11	67,66
2024	95,50	80,30
Média	93,84	72,62 ¹

Fonte: DATASUS, 2025.

¹ A média da D2 considera apenas o período após 2013, quando a dose passou a ser registrada no sistema.

* Valores acima de 100% ocorrem, dentre outros fatores, porque o cálculo de cobertura vacinal utiliza as projeções populacionais do IBGE como denominador.

Apesar das variações regionais no número absoluto de casos, observa-se uma homogeneidade preocupante na degradação das coberturas vacinais em todo o território brasileiro. A partir de 2017, a incapacidade de atingir a meta de 95% deixou de ser um problema isolado de bolsões geográficos e tornou-se um fenômeno nacional, atingindo tanto estados com infraestrutura robusta quanto áreas remotas (Sato et al., 2023). Essa uniformidade na queda dos índices imunológicos indica que a vulnerabilidade ao sarampo não é mais uma questão puramente logística ou regional, mas um desafio sistêmico e homogêneo que permeia diferentes estratos socioeconômicos e unidades federativas, comprometendo a imunidade de rebanho de forma global no país (Loureiro et al., 2024).

A queda na cobertura vacinal em 2017 coincidiu com um fator externo de alto risco: um intenso surto de sarampo na Venezuela, cuja crise sociopolítica intensificou o fluxo migratório para o Brasil (Brasil, 2019). O ponto de entrada dessa crise sanitária encontrou um terreno fértil na Região Norte, que historicamente apresentou o pior desempenho vacinal do país, com uma média de 88,16% de cobertura entre 2010 e 2024. Em 2017, especificamente, a cobertura na região foi de apenas 76,18%, subindo para 84,69% em 2018, ainda muito aquém do ideal para conter a disseminação do vírus (DATASUS, 2025).

A heterogeneidade da cobertura é visível mesmo dentro da Região Norte. O Amazonas, epicentro do surto de 2018, registrou 89,81% de cobertura naquele ano, um índice insuficiente para garantir a imunidade coletiva. Em contraste, Rondônia destacou-se como um caso de sucesso na região, mantendo coberturas consistentemente altas, com 101,65% em

2018 e uma média de 103,27% no período, demonstrando a importância e a eficácia das estratégias locais de imunização (DATASUS, 2025).

4.2. Origem da infecção

A análise da origem dos casos demonstrou uma transição clara de um cenário de controle para uma epidemia impulsionada por casos importados, que rapidamente estabeleceu transmissão interna (Tabela 02). O ano de 2018 representa um ponto de virada, com 80,9% dos casos classificados como importados, coincidindo com a crise humanitária na Venezuela (DATASUS, 2025; Sato *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2024). A capacidade do sistema de vigilância de classificar um volume tão alto de casos sugere uma resposta ágil na investigação (Sato *et al.*, 2023), mas a baixa cobertura vacinal nas regiões fronteiriças favoreceu a propagação do vírus a partir do contato com a população migrante (Silva *et al.*, 2024).

Tabela 2 - Casos confirmados de sarampo por origem da infecção, Brasil, 2010–2024.

Origem da infecção	Autóctone	Importado	Indeterminado	Total
2010	29	13	30	72
2011	23	15	11	49
2012	1	1	-	2
2013	69	61	80	210
2014	411	120	304	835
2015	133	29	45	207
2016	1	-	-	1
2017	2	-	1	3
2018	1671	7551	107	9329
2019	15817	902	4714	21433
2020	6411	310	1430	8151
2021	654	18	29	701
2022	66	2	15	83
2023	5	1	3	9
2024	1	2	3	6
Total	25294	9025	6772	41091

Fonte: DATASUS, 2025.

Nos anos seguintes, o perfil mudou novamente, com a consolidação da transmissão doméstica, onde os casos autóctones passaram a compor a grande maioria das notificações em 2019 (73,8%) e 2020 (78,7%). Paralelamente, o aumento de casos com origem indeterminada nesses anos aponta para uma provável sobrecarga do sistema de investigação, dificultando o

rastreamento de todos os vínculos de transmissão e conclusão das fichas de investigação (Sato *et al.*, 2023).

A rápida mudança de casos importados para uma transmissão autóctone sustentada só foi possível devido a uma falha estrutural: a queda generalizada da cobertura vacinal no país. Nenhuma região brasileira conseguiu manter a meta de 95% após 2016, com as taxas mais baixas em 2017 e 2018 concentradas nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste (Sato *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2024). Essa lacuna imunológica resultou na perda da imunidade coletiva, condição essencial para proteger toda a população e que criou um ambiente propício para a emergência do sarampo em escala nacional (Loureiro *et al.*, 2024).

4.3. Distribuição regional

A análise dos casos de sarampo confirmados entre 2010 e 2024 demonstra acentuadas disparidades regionais (Tabela 03). O Sudeste concentrou o maior número absoluto de casos (21.037), seguido pelo Norte (15.550), Sul (2.435), Nordeste (2.011) e Centro-Oeste (58) (DATASUS, 2025). Embora a liderança do Sudeste possa ser parcialmente explicada por sua alta densidade populacional, o número de casos da Região Norte é considerável. Apesar de ser a segunda região menos populosa do país, registrou o segundo maior número de casos, o que aponta para uma vulnerabilidade epidemiológica desproporcional (Makarenko *et al.*, 2022; Loureiro *et al.*, 2024; Sato *et al.*, 2023).

Tabela 3 - Casos confirmados de sarampo por região de notificação, Brasil, 2010–2024.

Região	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
2010	3	59	1	8	1	72
2011	-	7	32	8	2	49
2012	-	1	-	-	1	2
2013	-	199	9	1	1	210
2014	-	823	12	-	-	835
2015	1	202	4	-	-	207
2016	-	1	-	-	-	1
2017	-	3	-	-	-	3
2018	9240	13	27	47	2	9329
2019	424	562	18646	1774	27	21433
2020	5180	88	2272	590	21	8151
2021	669	15	16	-	1	701
2022	33	32	14	4	-	83

2023	-	4	1	2	2	9
2024	-	2	3	1	-	6
Total	15550	2011	21037	2435	58	41091

Fonte: DATASUS, 2025.

Essa vulnerabilidade é explicada por um conjunto de fatores estruturais, que se somam à questão fronteiriça com a Venezuela, associada à reintrodução do vírus em 2018. A Região Norte, detentora do menor PIB nacional (5,7%), enfrenta fragilidades históricas de infraestrutura e acesso a serviços de saúde. Desafios logísticos para a vacinação em áreas remotas e um acesso limitado à rede de saúde contribuíram para a persistência da transmissão e para a lentidão na resposta a surtos (Sato *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2024).

Essa desigualdade regional se reflete em nível socioeconômico, especialmente nos desfechos mais graves da doença. Entre 2018 e 2020, 15% dos óbitos por sarampo ocorreram em municípios de extrema pobreza, embora apenas cerca de 6,5% da população brasileira vivesse nessas áreas, indicando uma mortalidade desproporcionalmente alta (DATASUS, 2025). De fato, estudos associam aglomerados de baixa cobertura vacinal a piores indicadores de desenvolvimento humano, maior desigualdade social e menor acesso à Estratégia Saúde da Família (ESF) (Sato *et al.*, 2023; Maciel e Ramos, 2024).

Fatores como a urbanização desordenada, que concentram populações de baixa renda em periferias com serviços precários, ampliam essa vulnerabilidade (Santos e Leão, 2023). A pandemia de COVID-19, por sua vez, intensificou ainda mais essas iniquidades, com quedas acentuadas na cobertura vacinal em municípios socialmente mais vulneráveis (Sato *et al.*, 2023). Estes achados no Brasil estão em consonância com a literatura internacional. Estudos no Canadá, por exemplo, identificaram a acessibilidade e a distância dos serviços de saúde como determinantes para o atraso vacinal (Gilbert, *et al.*, 2017; Périnet, *et al.*, 2018). Da mesma forma, pesquisas apontam que a cobertura vacinal é consistentemente menor entre crianças de famílias que vivem abaixo da linha da pobreza (Nguyen, *et al.*, 2022).

4.4. Evolução dos casos e mortalidade

A análise da evolução dos casos entre 2018 e 2021 revela a letalidade do surto, com 42 mortes diretamente atribuídas à doença nesse período (Tabela 04). A mortalidade demonstrou um padrão regional bem definido, com a Região Norte concentrando a maior parte dos óbitos (66,7%), com ocorrências em todos os anos analisados (Tabela 05). O ano de 2019 se destacou por uma lacuna nos registros, com 13,8% dos casos sem informação sobre sua

evolução, um aumento de quase 20 vezes em relação a 2018, sugerindo uma sobrecarga do sistema de vigilância durante o pico da epidemia (DATASUS, 2025; Loureiro *et al.*, 2024).

Tabela 4 - Distribuição anual dos casos confirmados de sarampo segundo a evolução clínica, Brasil, 2018-2021.

Evolução Ano	*Ign/Branco	Cura	Óbito por sarampo	Óbito por outra causa
2018	158	9157	11	3
2019	2966	18443	20	4
2020	645	7493	9	4
2021	28	669	2	2
Total	3.797	35.762	42	13

Fonte: DATASUS, 2025.

* O termo "Ign/Branco" refere-se aos registros em que a informação específica na ficha de notificação não foi preenchida (em branco) ou foi assinalada como "ignorado" pelo profissional de saúde, indicando a ausência do dado no sistema de informação.

Tabela 5* - Distribuição de óbitos por sarampo segundo região, Brasil, 2018-2021.

Região	Norte	Nordeste	Sudeste	Centro-oeste
2018	11	-	-	-
2019	1	1	17	1
2020	8	-	1	-
2021	2	-	-	-
Total	22	1	18	1

Fonte: DATASUS, 2025.

*No período analisado não houve óbitos pelo agravo de notificação na região Sul

4.5. Critérios de confirmação

A análise do critério de confirmação diagnóstica dos casos de sarampo entre 2010 e 2024 revela a predominância do método laboratorial. A consistência dos registros no período é notável, com apenas 0,4% dos casos (146) classificados como ignorados ou em branco. Do total, 68,5% dos casos (28.170) foram confirmados por laboratório, 20,5% (8.436) por critério clínico-epidemiológico, método frequentemente usado em surtos com cadeias de transmissão já conhecidas, e 10,5% (4.322) apenas por avaliação clínica (DATASUS, 2025).

Contudo, a proporção entre esses critérios variou significativamente durante os anos de maior atividade epidêmica. No auge do surto, entre 2018 e 2019, a confirmação laboratorial respondeu por mais de 90% dos diagnósticos, evidenciando a robustez da

vigilância nesse período. Essa dinâmica mudou em 2020, com a queda da confirmação laboratorial para 78,5% e um aumento do critério clínico-epidemiológico para 20,4%. Essa alteração é atribuída às dificuldades impostas pela pandemia de COVID-19, que demandou a realocação de recursos laboratoriais e alterou a dinâmica de acesso aos serviços de saúde (Sato *et al.*, 2023; Loureiro *et al.*, 2024; Makarenko *et al.*, 2022).

A ocorrência de surtos de sarampo é um marcador importante de cobertura inadequada e de lacunas do sistema de saúde, especialmente na atenção primária. A eliminação da doença exige um robusto sistema de imunização e vigilância. Nesse contexto, a capacidade de confirmar casos por diferentes métodos, especialmente sob pressão, demonstra a resiliência do sistema, mas também reforça a importância de garantir a integridade da vigilância laboratorial como pilar para o controle da doença (Sato *et al.*, 2023).

4.6 Perfil Sociodemográficos dos Casos

4.6.1 Faixa Etária

A distribuição dos casos revela um duplo perfil de vulnerabilidade: uma alta concentração em adultos jovens e um impacto desproporcional em lactentes (Tabela 06). O grupo de 20 a 29 anos foi o mais acometido em números absolutos (28,8%), sugerindo falhas históricas na imunização desse grupo, que é considerado propenso a ter o esquema vacinal incompleto (DATASUS, 2025; Makarenko *et al.*, 2022; Borges *et al.*, 2023). No entanto, a análise dos coeficientes de incidência mostra que o maior risco de infecção esteve consistentemente em crianças menores de 1 ano. Em 2019, o risco para este grupo foi 11 vezes superior ao da população geral (Brasil, 2020). Essa tendência persistiu em 2020, com um risco quase 10 vezes maior, e atingiu um patamar crítico em 2021: embora a incidência em lactentes tenha sido de 73,20 casos por 100.000 habitantes, este valor representou um mais de 200 vezes superior ao da população geral naquele ano (BRASIL, 2021).

Tabela 6 - Casos confirmados de sarampo por faixa etária, Brasil, 2010–2024.

Faixa etária	<1 Ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	>40
2010	14	14	8	6	6	11	8	5
2011	13	5	7	7	6	8	2	4
2012	1	-	-	-	-	-	-	1
2013	98	47	5	14	5	24	5	12
2014	282	93	29	81	97	146	58	49
2015	64	26	8	7	21	49	16	16
2016	-	1	-	-	-	-	-	-

2017	1	1	1	-	-	-	-	-
2018	1.690	1.119	453	471	1.842	2.241	915	598
2019	3.777	2.937	556	415	2.885	6.767	2.735	1361
2020	1.296	781	317	333	1.513	2.481	920	510
2021	269	196	44	20	38	93	23	18
2022	34	36	5	2	-	2	2	2
2023	2	3	1	2	1	-	-	-
2024	1	4	-	-	1	-	-	-
Total	7.542	5.263	1.434	1.358	6.412	11.822	4.684	2576

Fonte: DATASUS, 2025.

A vulnerabilidade dos lactentes é ainda mais evidente na análise dos desfechos graves. Metade dos 40 óbitos registrados entre 2018 e 2020 ocorreu em menores de 1 ano, e outros 20% em crianças de 1 a 4 anos. Estudos corroboram esse cenário, apontando um "maior risco de hospitalização" para crianças menores de um ano (Makarenko *et al.*, 2022). Especificamente no Brasil, entre 2011 e 2020, observou-se que este grupo teve a "maior incidência de internação hospitalar", com destaque para a Região Norte (Silva *et al.*, 2024).

A suscetibilidade elevada dos lactentes está ligada à sua janela de vulnerabilidade imunológica. Eles são jovens demais para receber a primeira dose da vacina e dependem da imunidade passiva conferida pelos anticorpos maternos. No entanto, essa proteção é transitória e só é eficaz se a mãe tiver imunidade prévia, seja por vacinação ou infecção natural, o que reforça a importância da vacinação em mulheres em idade fértil (BRASIL, 2024a).

4.6.2 Raça/Cor

A análise da variável raça/cor revela uma profunda iniquidade. Embora representem apenas 0,7% dos casos (Tabela 07), os indígenas corresponderam a 17,5% de todos os óbitos (Tabela 08), uma sobrerrepresentação considerável. Este achado é corroborado por maiores taxas de hospitalização e menor proporção de vacinação prévia nesse grupo (Makarenko *et al.*, 2022). O perfil racial dos casos também mudou drasticamente: em 2018, no surto do Norte, 82,4% dos casos foram em "Pardos"; em 2019, no surto do Sudeste, 59,4% foram em "Branços", indicando que a epidemia atingiu populações distintas em cada ano (DATASUS, 2025).

Tabela 7 - Casos confirmados de sarampo distribuídos por raça/cor, Brasil, 2010–2024.

Raça/cor	Ignorado	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
2010	14	48	-	-	10	-	72
2011	7	37	2	1	2	-	49
2012	1	1	-	-	-	-	2
2013	52	66	10	3	78	1	210
2014	74	193	22	8	532	6	835
2015	13	42	7	2	142	1	207
2016	-	1	-	-	-	-	1
2017	-	1	-	-	2	-	3
2018	190	1001	178	79	7691	190	9329
2019	3212	12741	597	180	4655	48	21433
2020	980	2369	434	58	4291	19	8151
2021	19	85	39	2	548	8	701
2022	8	29	1	-	42	3	83
2023	2	4	-	-	3	-	9
2024	1	1	-	-	4	-	6
Total	4573	16619	1290	333	18000	276	41091

Fonte: DATASUS, 2025.

Tabela 8 - Distribuição de óbitos por sarampo distribuídos por raça/cor, Brasil, 2010 – 2024.

Raça/cor	Ignorado	Branca	Amarela	Parda	Indígena
2013	-	-	-	1	-
2018	-	-	1	6	4
2019	2	13	-	5	-
2020	1	2	-	3	3
2021	-	-	-	1	1
2022	-	1	-	1	-
Total	3	16	1	17	8

Fonte: DATASUS, 2025.

Fatores como barreiras geográficas de acesso, como as descritas em estudos canadenses (Gilbert *et al.*, 2017; Périnet, *et al.*, 2018) e políticas públicas que nem sempre contemplam adequadamente grupos marginalizados (Santos e Leão, 2023; Sato *et al.*, 2023), contribuem para esse cenário de risco elevado.

Além da vulnerabilidade indígena, alguns estudos, como o de Makarenko (2022), apontaram para uma menor proporção de vacinação prévia em indivíduos pretos e pardos durante o surto de 2018-2019, sugerindo um acesso desigual à imunização. Este achado, contudo, deve ser analisado no contexto histórico do Programa Nacional de Imunizações (PNI), que conseguiu reduzir o gradiente social no acesso às vacinas no Brasil (Domingues e Teixeira, 2013; Sato *et al.*, 2023). É crucial notar, por fim, a limitação metodológica de que a variável "raça/cor" pode ser preenchida pelo profissional de saúde sem a devida consulta autodeclarada, o que pode influenciar a mensuração dessas desigualdades (Makarenko *et al.*, 2022).

4.6.3 Gênero

A análise dos casos de sarampo no Brasil entre 2010 e 2024 revela uma consistente predominância no sexo masculino. Do total de 41.091 registros, 54% (22.210) ocorreram em homens e 46% (18.873) em mulheres (DATASUS, 2025). Essa distribuição contrasta com o perfil demográfico nacional, no qual a população feminina é majoritária (51,03% em 2010 e 51,5% em 2022) (IBGE, 2022).

A predominância masculina se estende aos casos mais graves, representando 52,6% das internações hospitalares pela doença entre 2011 e 2020 (Silva *et al.*, 2024). No entanto, a relação entre gênero e status vacinal é complexa. Durante a epidemia de São Paulo em 2019, por exemplo, observou-se que as mulheres infectadas tinham uma maior probabilidade de terem sido vacinadas previamente em comparação aos homens (43,2% vs. 37,9%; $p < 0,001$) (Makarenko *et al.*, 2022)

Em contrapartida, outros estudos não sustentam uma associação clara entre o sexo e o status vacinal. Uma pesquisa com crianças de dois anos no Canadá, em 2013, não encontrou diferença significativa na taxa de não vacinação contra o sarampo entre meninos e meninas (Gilbert, *et al.*, 2017). De forma semelhante, um inquérito no Nordeste do Brasil com crianças nascidas entre 2017 e 2018 também não identificou o sexo como um fator associado à vacinação incompleta para sarampo, caxumba e rubéola (Maciel e Ramos, 2024) A relação entre gênero e vacinação, contudo, mostrou-se complexa e sem um padrão consistente na literatura. A predominância masculina se estendeu aos casos mais graves, representando 52,6% das internações (Silva *et al.*, 2024).

4.6.4 Escolaridade

A análise da escolaridade dos casos de sarampo no Brasil (2010-2024) é primariamente marcada por uma significativa lacuna de informação (Tabela 09). Mais da metade dos registros se enquadraram nas categorias "Ignorado/Em branco" (24,4%) ou "Não se aplica" (32,8%), esta última provavelmente correspondendo a crianças em idade pré-escolar. Excluindo essas categorias, a maior proporção de casos ocorreu em indivíduos com ensino médio completo ou incompleto (21,2% do total), seguidos por aqueles com ensino fundamental (7,8%) (DATASUS, 2025).

Tabela 9 - Distribuição de casos e óbitos por sarampo por grau de escolaridade, Brasil, 2010-2024.

Escolaridade	Casos confirmados	Óbitos pelo agravo
*Ign/Branco	10.044	8
Analfabeto	152	-
1ª a 4ª série incompleta do EF	1.045	2
4ª série completa do EF	497	-
5ª a 8ª série incompleta do EF	2.026	1
Ensino fundamental completo	1.202	-
Ensino médio incompleto	2.970	1
Ensino médio completo	5.750	1
Educação superior incompleta	1.959	-
Educação superior completa	1.971	-
Não se aplica	13.475	32
Total	41.091	45

Fonte: DATASUS, 2025.

*O termo "Ign/Branco" refere-se aos registros em que a informação específica na ficha de notificação não foi preenchida (em branco) ou foi assinalada como "ignorado" pelo profissional de saúde, indicando a ausência do dado no sistema de informação.

A análise da mortalidade por escolaridade, no entanto, reforça a extrema vulnerabilidade das crianças em idade pré-escolar. Durante o surto de 2018 a 2020, a grande maioria dos óbitos (de 60% a 81,8% a cada ano) concentrou-se na categoria "Não se aplica", sublinhando que a letalidade da doença atingiu principalmente crianças antes de sua inserção no sistema escolar formal (DATASUS, 2025).

A literatura científica revela uma relação complexa e não linear entre escolaridade e vacinação. Por um lado, diversos estudos associam a menor escolaridade a piores desfechos vacinais, muitas vezes por barreiras de acesso. No Canadá, a baixa escolaridade parental foi

associada à não vacinação contra o sarampo (Gilbert, *et al.* 2017), e nos Estados Unidos, a cobertura foi menor para crianças filhas de mães com ensino médio ou menos (Nguyen, *et al.* 2022). Essa tendência também é observada no Brasil, onde um estudo em São Paulo encontrou menor proporção de vacinação em grupos menos escolarizados (Makarenko *et al.*, 2022) e indicadores socioeconômicos ruins, frequentemente ligados à baixa escolaridade, estão associados a menores coberturas vacinais (Sato *et al.*, 2023).

Por outro lado, emerge uma tendência paradoxal em que a alta escolaridade também se torna um fator de risco, mas ligado à hesitação vacinal deliberada. Estudos na Alemanha e na França indicam que pais com maior nível educacional podem ser mais propensos a recusar vacinas por convicções pessoais (Martinot *et al.*, 2019; Diehl e Hunkler, 2022). Esse fenômeno é igualmente documentado no Brasil, em que ocorre uma tendência preocupante de hesitação vacinal entre pais altamente escolarizados e com maior poder aquisitivo (Sato *et al.*, 2023; Maciel e Ramos, 2024; Peres *et al.*, 2025).

Fica evidente, portanto, que a escolaridade não é um preditor simples. As estratégias de saúde pública precisam ser duplamente direcionadas: por um lado, combater as barreiras de acesso que afetam desproporcionalmente as populações com menor escolaridade e, por outro, enfrentar a desinformação que ganha força entre os estratos com maior nível educacional. O reconhecimento desse fator complexo é fundamental para o planejamento em saúde e para o fortalecimento da gestão do programa de imunizações (Maciel e Ramos, 2024).

5. DISCUSSÃO

A crise observada tanto no Brasil quanto em outros países é um reflexo direto de uma tendência global preocupante. Conforme relatado pela OMS, a cobertura mundial com as duas doses da vacina contra o sarampo caiu abaixo do limiar de 95% necessário para garantir a imunidade coletiva. Como consequência direta, o número de casos de sarampo aumentou 30% em 2019 em todo o mundo, atingindo até mesmo países que já havia eliminado a doença. Este retrocesso sanitário global tem como um de seus principais motores a erosão da confiança pública e a crescente disseminação de desinformação, o que levou a OMS a declarar a hesitação vacinal como uma das dez maiores ameaças à saúde global (Nguyen, *et al.*, 2022). Nesse contexto, o cenário epidemiológico brasileiro analisado neste estudo demonstrou como as falhas locais na cobertura vacinal, potencializadas pelo fenômeno global da hesitação, podem rapidamente reverter décadas de progresso no controle de doenças imunopreveníveis.

A reemergência do sarampo no Brasil insere-se, portanto, em um contexto global de desafios para os programas de imunização, mesmo em países de alta renda (Nguyen, *et al.*,

2022). Esse fenômeno é observado em diferentes contextos: na Itália, até 15% da população pediátrica deixa de ser imunizada anualmente (Gianfredi *et al.*, 2019), nos Estados Unidos, o surto de 2019 concentrou-se em bolsões de não vacinados, totalizando 1.282 casos (Nguyen *et al.*, 2022), e no Canadá, há disparidades entre províncias e maior risco de atraso vacinal entre crianças nascidas no exterior, situação análoga à vulnerabilidade de migrantes venezuelanos na reintrodução do vírus no Brasil em 2018 (Périnet *et al.*, 2018; Gilbert *et al.*, 2017; Borges *et al.*, 2023), reforçando a importância de estratégias de saúde direcionadas a populações migrantes. A magnitude do surto de 2018 no Brasil, contudo, fica ainda mais evidente quando contextualizada globalmente. Conforme dados da OMS compilados em 2019, o Brasil figurou entre os países com o maior aumento de casos de sarampo do mundo entre 2017 e 2018, destacando-se negativamente na lista por ter partido de zero casos em 2017 para mais de 10 mil no ano seguinte, um dos mais drásticos ressurgimentos da doença em escala mundial (Wellcome, 2019).

A principal causa para essa reemergência é a hesitação vacinal, que se consolidou como um dos maiores desafios para a saúde global (Carrieri *et al.*, 2019; Diehl e Hunkler, 2022; Gianfredi *et al.*, 2019; Jama *et al.*, 2018; Loureiro *et al.*, 2024; Nguyen, *et al.* 2022; Sato *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2024). A hesitação é um fenômeno complexo que varia conforme o tempo, o lugar e o tipo de vacina (Gianfredi *et al.*, 2019; Jama *et al.*, 2018), e a Organização Mundial da Saúde (OMS) agrupa seus principais motivos em três pilares: confiança, complacência e conveniência (OMS, 2019).

No Brasil, essa vulnerabilidade encontrou um cenário de ceticismo estrutural pré-existente. Dados do *Wellcome Global Monitor* (2019) revelam que a América do Sul já apresentava um dos maiores índices de baixa confiança em cientistas (30%, o dobro da média global), com cerca de 23% da população brasileira acreditando que a ciência não gera benefícios diretos à sociedade. Este panorama criou um terreno fértil para a disseminação de desinformação, intensificando uma tendência de queda nas coberturas vacinais que já se manifestava de forma vertiginosa desde meados da década de 2010.

Posteriormente, o contexto da pandemia de COVID-19 atuou como um catalisador, no qual tensões entre a autonomia individual e as diretrizes de saúde coletiva foram instrumentalizadas por discursos ideológicos. Esse fenômeno não é inédito na história brasileira, como já observado durante a Revolta da Vacina de 1904 (FIOCRUZ, 2022), e sugere que a reemergência de doenças imunopreveníveis está atrelada tanto a falhas logísticas quanto a complexas dinâmicas de comunicação e confiança nas instituições públicas (Rosa *et al.*, 2023).

O pilar da confiança do público, fator fundamental para a manutenção de altas taxas de vacinação (Wellcome, 2019), foi profundamente erodido. Essa erosão é alimentada principalmente pelo medo de reações adversas (Diehl e Hunkler, 2022; Gianfredi *et al.*, 2019; Périnet, *et al.*, 2018). Embora a vigilância em saúde monitore os “Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI)” e a maioria seja leve (BRASIL, 2024a; Brasil, 2020; Gilbert, *et al.* 2017), a hesitação é impulsionada pelo receio de efeitos graves e de longo prazo. O caso da desacreditada ligação entre a vacina tríplice viral (MMR) e o autismo é o exemplo mais emblemático do dano duradouro da desinformação (BRASIL, 2024b; Motta e Stecula, 2021). O legado dessa controvérsia é tão persistente que, em 2021, um em cada três americanos ainda acreditava nessa falsa ligação (Motta e Stecula, 2021). Embora a preocupação com a segurança das vacinas não seja um fenômeno novo, a ascensão das mídias sociais permitiu que a desinformação se disseminasse em uma escala sem precedentes, criando uma "verdadeira infecção da desinformação" (Wellcome, 2019).

Outro pilar da hesitação vacinal é a complacência, que surge de uma baixa percepção de risco sobre a doença, um paradoxo muitas vezes causado pelo próprio sucesso dos programas de imunização (Périnet, *et al.*, 2018; Gianfredi *et al.*, 2019; Domingues *et al.*, 2020; Diehl e Hunkler, 2022; Diniz *et al.*, 2024). A análise da confiança vacinal em escala global revela este paradoxo: populações em regiões de alta renda são, paradoxalmente, mais propensas a duvidar da segurança das vacinas, em contraste com a altíssima confiança em regiões de baixa renda (Wellcome, 2019). Contudo, é precisamente nesses países de baixa renda que ocorrem mais de 95% das mortes por sarampo no mundo (OMS, 2025). O surto no Brasil, um país de renda média-alta, serve como um alerta contundente de como essa complacência pode rapidamente reverter décadas de progresso.

Finalmente, o terceiro pilar é o da conveniência, que abrange as barreiras de acesso. É fundamental diferenciar a hesitação deliberada da não vacinação causada por fatores práticos, como a distância dos postos de saúde, horários de funcionamento restritos e outras dificuldades logísticas (Diehl e Hunkler, 2022; Gianfredi *et al.*, 2019; Loureiro *et al.*, 2024; Périnet, *et al.*, 2018).

Nesse cenário, a pandemia de COVID-19 atuou como um elemento potencializador que acentuou desafios estruturais já existentes no território brasileiro (Diehl e Hunkler, 2022). Esse período foi caracterizado por um redimensionamento do debate sanitário, no qual a circulação de informações em larga escala, fenômeno descrito pela OMS como 'infodemia', contribuiu para a disseminação de questionamentos transversais à segurança e à eficácia de diversos imunobiológicos (Domingues *et al.*, 2020; Ramos *et al.*, 2023). Observou-se um

impacto transversal na confiança pública: os questionamentos direcionados às vacinas contra a COVID-19 geraram um efeito de transbordamento para o calendário vacinal de rotina. Esse fenômeno influenciou a percepção de segurança de imunizantes historicamente consolidados, desafiando a adesão ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) (Sato *et al.*, 2023; Loureiro *et al.*, 2024; Diniz *et al.*, 2024). A análise da série histórica brasileira revelou que o terreno para o surto de 2018 foi pavimentado anos antes pelos determinantes de conveniência e complacência. Portanto, embora a confiança tenha sido abalada posteriormente pela desinformação digital, a base do sistema já enfrentava um processo de erosão técnica e estrutural pré-existente.

A discussão sobre hesitação vacinal é inseparável da questão da equidade, e os resultados deste estudo corroboram essa tese. A sobrerrepresentação da população indígena entre os óbitos é o exemplo mais contundente de como o ressurgimento de uma doença imunoprevenível agrava as desigualdades preexistentes. O perfil de quem hesita também se mostrou complexo: enquanto estudos norte-americanos apontam maior hesitação em minorias e grupos de menor escolaridade (Nguyen, *et al.* 2022), o cenário brasileiro é paradoxal, com uma preocupante tendência de recusa também em estratos socioeconômicos e educacionais mais altos (Maciel e Ramos, 2024; Ramos *et al.*, 2023; Larson *et al.*, 2016).

Nesse contexto, a mitigação da hesitação vacinal no cenário brasileiro contemporâneo tem encontrado êxito por meio da implementação do Microplanejamento para as Atividades de Vacinação de Alta Qualidade (AVAQ). Esta estratégia rompe com o modelo tradicional de campanhas nacionais uniformes, considerando as especificações de cada território, permitindo que as equipes de saúde identifiquem barreiras de acesso e confiança, atuando diretamente sobre os pilares da conveniência e da complacência, sendo determinante para a reversão da trajetória de queda em imunizantes essenciais (BRASIL, 2023).

O enfrentamento da hesitação vacinal, portanto, exige uma abordagem multidimensional. Visto que muitos pais preferem adiar a vacinação em vez de recusá-la completamente, é crucial que as estratégias de comunicação sejam personalizadas e empáticas (Gianfredi *et al.*, 2019; Diniz *et al.*, 2024; Peres *et al.*, 2025). Ações de busca ativa na atenção primária (Loureiro *et al.*, 2024; Sato *et al.*, 2023) e políticas de incentivo, como o Bolsa Família, completam o leque de estratégias necessárias para reverter o cenário de baixa cobertura (Gianfredi *et al.*, 2019; Maciel e Ramos, 2024).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou que a reemergência do sarampo no Brasil foi um evento multifatorial, profundamente marcado por iniquidades sociais e impulsionado pela queda na cobertura vacinal. A análise revelou que a epidemia não atingiu a população de forma homogênea, mas expôs e amplificou vulnerabilidades preexistentes, com os desfechos mais graves concentrados em lactentes, populações indígenas e residentes de áreas de extrema pobreza. Conclui-se que o ato de vacinar, antes um roteiro social de confiança, transformou-se em uma "decisão desafiadora" para muitos, influenciada por um complexo ecossistema de desinformação online, atrelado a dissidências no discurso público e ceticismo estrutural em relação à ciência. Diante deste cenário, a necessidade de reaproximação entre a comunidade científica e a sociedade surge como um desafio central. O combate à desinformação, o fortalecimento da atenção primária como elo de confiança e a formulação de políticas que abordem ativamente as desigualdades sociais são ações cruciais para a resiliência do Programa Nacional de Imunizações. A recente melhora nos indicadores vacinais, indica um caminho de recuperação possível, mas reforça que a manutenção do status de país livre do sarampo exige vigilância contínua e um compromisso com a saúde coletiva, alinhado a estratégias específicas considerando vulnerabilidades econômicas e sociodemográficas.

7. REFERÊNCIAS

BORGES, L. P. *et al.* Why are measles and rubella returning in Brazil? *Anais da Academia Brasileira de Ciências*, Rio de Janeiro, v. 95, suppl. 2, e20230832, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aabc/a/pHwqSsV9KGGdD3cLwFKHjrLN/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de Vigilância em Saúde. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tetano-acidental/publicacoes/guia-de-vigilancia-em-saude-6a-edicao.pdf/view>. Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Nota Técnica Conjunta N° 124/2025-CGVDI/DPNI/SVSA/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-conjunta-no-124-2025-cgvdi-dpni-svsa-ms>. Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial: Vigilância em Saúde no Brasil 16 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2019/boletim-especial-svs-16-anos.pdf/view>. Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 53, n. 12, abr. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no12.pdf/view>. Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Microplanejamento: atividades de vacinação de alta qualidade (AVAQ). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. 44 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/v/vacinacao/microplanejamento>. Acesso em: 18 mar. 2026.

CARRIERI, V.; MADIO, L.; PRINCIPE, F. Vaccine hesitancy and (fake) news: quasi-experimental evidence from Italy. *Health Economics*, [S.l.], v. 28, n. 11, p. 1377-1382, nov. 2019. DOI: 10.1002/hec.3937. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.3937>. Acesso em: 12 set. 2025.

DIEHL, C.; HUNKLER, C. Vaccine Hesitancy and the “Querdenken” Movement in Germany: The Role of Information Sources and Partisan Cues. *Frontiers in Sociology*, [S.l.], v. 7, 843242, 2022. DOI: 10.3389/fsoc.2022.843242. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8843242/>. Acesso em: 12 set. 2025.

DOMINGUES, C. M. A. S. *et al.* 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, suppl. 2, e00222919, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XxZCT7tKQjP3V6pCyywtXMx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2025.

DOMINGUES, C. M. A. S.; TEIXEIRA, A. M. S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional

de Imunizações. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 22, n. 1, p. 9-27, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a02.pdf>. Acesso em: 15 set. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Cinco dias de fúria: Revolta da Vacina envolveu muito mais do que insatisfação com a vacina. Agência Fiocruz de Notícias, Rio de Janeiro, 24 jun. 2022. Disponível em: <https://www.fiocruz.br/noticia/2022/06/cinco-dias-de-furia-revolta-da-vacina-envolveu-muito-mais-do-que-insatisfacao-com>. Acesso em: 12 set. 2025.

GIANFREDI, V. *et al.* Polio and measles: reasons of missed vaccination in Italy, 2015-2017. *Annali di Igiene, Medicina Preventiva e di Comunità*, v. 31, n. 4, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31069364/>. Acesso em: 12 set. 2025.

GILBERT, N. L. *et al.* Determinants of non-vaccination and incomplete vaccination in Canadian toddlers. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, v. 13, n. 6, p. 1447-1453, 2017. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21645515.2016.1277847>. Acesso em: 9 set. 2025.

JAMA, A. *et al.* Perspectives on the Measles, Mumps and Rubella Vaccination among Somali Mothers in Stockholm. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 15, n. 11, p. 2428, nov. 2018. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/11/2428#B2-ijerph-15-02428>. Acesso em: 9 set. 2025.

LARSON, H. J. *et al.* The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine*. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5078590/pdf/main.pdf>. Acesso em: 15 set. 2025.

LOUREIRO, A. A. R.; DUTRA, H. F.; GONÇALVES, E. B. D.; *et al.* Efeitos da campanha de vacinação nas internações e mortalidade relacionados ao sarampo no Brasil na última década. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, e20042022, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bLXkhjh5h7msrHRNnXPjRZz/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 9 set. 2025.

MACIEL, A. M. S.; RAMOS JR., A. N. Cobertura da vacina contra sarampo, caxumba e rubéola em capitais e municípios do interior do Nordeste brasileiro: inquérito domiciliar em coorte de crianças nascidas em 2017 e 2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v.

33, n. spe2, e20231296, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/HkzGRCT6C8ZyWcQj3RNXvSb/?lang=pt>. Acesso em: 9 set. 2025.

MAKARENKO, C. S. A.; SATO, A. P. S.; TONACIO, L. V.; *et al.* Perfil dos casos de sarampo no surto de 2018-2019, São Paulo, Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 56, n. 50, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2022.v56/50/pt/#:~:text=Foram%20confirmados%2015.598%20casos%20de,relataram%20vacina%C3%A7%C3%A3o%20pr%C3%A9via%20para%20sarampo>. Acesso em: 9 set. 2025.

MARTINOT, A. *et al.* Vaccine hesitancy is a major feature of the annual congress of the French-speaking pediatric infectiology group (GPIP). Archives de Pédiatrie, [S.l.], v. 27, n. 6, p. 301-303, set. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0399077X20307307?via%3Dihub#bib0010>. Acesso em: 9 set. 2025.

MOTTA, M; STECULA, D. Quantifying the effect of Wakefield *et al.*(1998) on skepticism about MMR vaccine safety in the US. PloS one, v. 16, n. 8, p. e0256395, 2021. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0256395>. Acesso em: 12 set. 2025.

NGUYEN, Kimberly H. *et al.* Parental vaccine hesitancy and association with childhood diphtheria, tetanus toxoid, and acellular pertussis; measles, mumps, and rubella; rotavirus; and combined 7-series vaccination. American journal of preventive medicine, v. 62, n. 3, p. 367-376, 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749379721004931>. Acesso em: 9 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Measles. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles> . Acesso em: 9 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Ten threats to global health in 2019. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>. Acesso em: 9 set. 2025.

PAGANO, Marcello; GAUVREAU, Kimberlee. **Princípios de bioestatística**. 2. ed. Tradução de Luiz Sergio de Castro Paiva. São Paulo: Cengage Learning, 2004. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/539197779/Principios-de-Bioestatistica>. Acesso em: 29 out. 2025.

PERES, A., M. *et al.* OS MOTIVOS PARA A HESITAÇÃO VACINAL DA VACINA CONTRA SARAMPO: UMA REVISÃO RÁPIDA. ARACÊ, v. 7, n. 5, p. 28696-28700, 2025. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/5541>. Acesso em: 9 set. 2025.

PÉRINET, S. *et al.* Delayed measles vaccination of toddlers in Canada: Associated socio-demographic factors and parental knowledge, attitudes and beliefs. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, v. 14, n. 4, p. 868-874, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29211621/>. Acesso em: 9 set. 2025.

RAMOS, A. C. L. C. *et al.* Cobertura vacinal e o movimento antivacina: o impacto na saúde pública no Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 47, n. 1, p. 210-226, jan./mar. 2023. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3831/3208>. Acesso em: 15 set. 2025.

ROSA, S. S.; BARROS, T. H. B.; LAIPELT, R. C. F. O discurso antivacina no ontem e no hoje: a Revolta da Vacina e a pandemia da covid-19, uma abordagem a partir da Análise do Discurso. *Reciis - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, e230302, 2023. DOI: 10.29397/reciis.v17i3.3429. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/268273/001185657.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 set. 2025.

SANTOS, S. P.; LEÃO, M. F. Análise comparativa de contextos sócio-políticos: a revolta da vacina e a pandemia da COVID-19 por meio das lentes CTS. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, v. 15, n. 8, p. 7521-7542, 2023. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/1654>. Acesso em: 9 set. 2025.

SATO, A. P. S. *et al.* Vacinação do sarampo no Brasil: onde estivemos e para onde vamos?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, p. 351-362, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/J668gWXsNPfWMFbBNSgp75j/?format=html&lang=pt>.

Acesso em: 9 set. 2025.

SILVA, M. E. P. da *et al.* Análise das internações hospitalares por sarampo no Brasil e correlação com cobertura vacinal. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 37, p. eAPE000384, 2024.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/39kTnL3JdS747p3ckYyVYHH/?lang=pt>.

Acesso em: 9 set. 2025.

WARD, J. K. *et al.* The French experience of vaccination choice: between institution and invention. *Medical Anthropology*, [S.l.], v. 35, n. 4, p. 356-369, 2016. DOI: 10.1080/21645515.2016.1146430. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21645515.2016.1146430>. Acesso em: 12 set. 2025.

WELLCOME. Wellcome Global Monitor 2018: How does the world feel about science and health? London: Wellcome, 2019. Disponível em:

<https://cms.wellcome.org/sites/default/files/wellcome-global-monitor-2018.pdf>. Acesso em: 9 set. 2025.