

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL UNIDADE
ACADÊMICA DE MEDICINA VETERINÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA E SAÚDE ANIMAL

TALÍCIA MARIA ALVES BENÍCIO

Abordagem sobre saúde única e percepções acerca da inserção do médico veterinário nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica

Patos-PB

2019

Talícia Maria Alves Benício

Abordagem sobre saúde única e percepções acerca da inserção do médico veterinário nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência e Saúde Animal da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Ciência e Saúde Animal.

Dra. Ana Célia Rodrigues Athayde

Orientadora

Patos-PB

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSTR DA UFCG

B456a Benício, Talícia Maria Alves
Abordagens sobre saúde única e percepções acerca da inserção do médico veterinário nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família Básica / Talícia Maria Alves Benício. – Patos, 2020.

119f.

Tese (Doutorado em Ciência e Saúde Animal) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2020.

“Orientação: Profa. Dra. Ana Célia Rodrigues Athayde.”

Referências.

1. Multidisciplinaridade. 2. Equipes multiprofissionais. 3. Atenção básica.
I. Título.

CDU 635.1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA VETERINÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA E SAÚDE ANIMAL

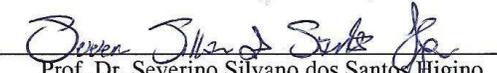
TALÍCIA MARIA ALVES BENÍCIO

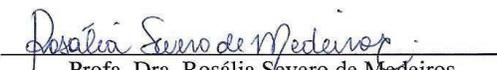
Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciência e Saúde Animal da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Ciência e Saúde Animal.

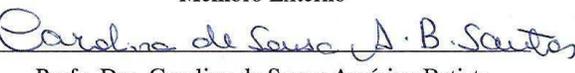
APROVADO EM 25/02/19

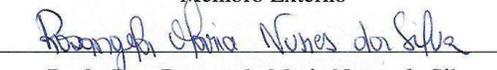
EXAMINADORES:


Profa. Dra. Aja Célia Rodrigues Athayde
Unidade Acadêmica de Medicina Veterinária/CSTR/UFCG
Presidente (Orientador)


Prof. Dr. Severino Silvano dos Santos Higino
Unidade Acadêmica de Medicina Veterinária/CSTR/UFCG
Membro Interno


Profa. Dra. Rosália Severo de Medeiros
Unidade Acadêmica de Medicina Veterinária/CSTR/UFCG
Membro Externo


Profa. Dra. Carolina de Sousa Américo Batista
Unidade Acadêmica de Medicina Veterinária/CSTR/UFCG
Membro Externo


Profa. Dra. Rosângela Maria Nunes da Silva
Unidade Acadêmica de Medicina Veterinária/CSTR/UFCG
Membro Externo

*Aos que sempre foram presença amorosa
sinalizando para o caminho da bondade e coragem.*

*Aos meus pais, Noêmia e Bonifácio,
e irmãos, Maylle e Wlisses, dedico.*

Agradecimentos

“O peito era maior que o céu aberto.

(...) Éramos muitos? Ah, sim

Eram muitos em mim.”

(Hilda Hilst)

Minha gratidão e reverência à fonte inefável de amor e graça, que se revela entre o que antecede ao verbo e o que se debruça após a epifania cotidiana.

Agradeço a todos os seres, que em sua força vital, me fazem sentir, mais do que compreender, a beleza da poesia que sustenta toda a existência.

Aos que vieram antes de mim, e me abriram caminhos na ciência e na vida; aos que me acompanharam e prosseguem trazendo luz e sentido a esta caminhada; aos que estão por vir e terão oportunidade de avançar ainda mais, ressignificando o caminho e apontando para novos horizontes.

Aos meus pais, Noêmia e Bonifácio, pela oportunidade de evoluir nesta senda pessoal, pelo encorajamento diário, pelo incansável olhar de bondade com que me acolhem e apoiam em todos os momentos, pelas lições pacientemente ensinadas, pelo amor docemente refletido e multiplicado em suas palavras e ações;

Aos meus irmãos, Maylle e Wlisses, por todo o cuidado a mim dedicado, pelos sorrisos e pelo abraço em que sempre me coube inteira (com minhas falhas imensas e minhas pequeninas virtudes), pelo crescimento constante, pelo amor imenso que nos molda e acolhe nesta privilegiada convivência.

À minha orientadora, Professora Ana Célia, pelo valioso aprendizado, pela compreensão, incentivo e confiança ao longo de todo o caminho percorrido para a construção deste trabalho.

Aos Professores que compõem a banca examinadora, pela disponibilidade em colaborar, pelo tempo dedicado, pelo aprendizado e por todas as inestimáveis contribuições para o meu aperfeiçoamento e deste trabalho.

A todos os amigos que trouxeram afeto e alegria, ensinamentos, direcionamentos e verdadeiro acolhimento fraterno ao longo desta caminhada.

Às Faculdades Integradas de Patos (FIP) e, em especial, aos meus alunos, pela compreensão, apoio e colaboração nas ocasiões em que foi necessário remanejarmos algumas atividades para que eu pudesse cumprir da melhor forma as minhas obrigações no doutorado.

Aos alunos de graduação das FIP e da UFCG que participaram da I Mostra de Saúde Única, por terem confiado na minha proposta e por terem se empenhado com afinco, para que obtivêssemos êxito. Aos que permaneceram e aos que chegaram e compõem o nosso projeto de extensão em Saúde Única.

Aos profissionais que trabalham nos NASF-AB de Patos e que aceitaram participar da nossa pesquisa, em especial aos coordenadores das equipes, Lamara Moura e Pedro Reis, pela notável boa vontade em colaborar conosco, pelo tempo dispendido, por todo apoio, compreensão, informações e direcionamentos concedidos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciência e Saúde Animal, em especial à coordenadora Professora Márcia Almeida, pela atenção e paciência, pela disponibilidade e direcionamentos ao longo deste tempo.

À UFCG, aos estimados colegas, professores e funcionários, pela convivência e oportunidades que me conduziram ao crescimento pessoal e profissional ao longo deste ciclo de formação – da graduação ao doutorado – e que se eterniza em memórias de reconhecimento e gratidão.

“Quando você começa a caminhar, o caminho aparece.”

J. Rumi

Sumário

RESUMO GERAL	11
ABSTRACT	12
INTRODUÇÃO GERAL	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16
CAPÍTULO I	18
REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
<i>Introdução</i>	19
<i>Trajatória histórica da assistência à saúde no Brasil</i>	19
<i>Bases legais do Sistema Único de Saúde (SUS)</i>	24
<i>Atenção básica/atenção primária à saúde</i>	27
<i>Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)/Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)</i>	30
<i>A inserção do médico veterinário no NASF-AB</i>	33
<i>O processo de trabalho em saúde e a interdisciplinaridade</i>	35
<i>Saúde Única</i>	38
REFERÊNCIAS.....	42
CAPÍTULO II	49
SAÚDE ÚNICA: REFLEXÕES SOBRE A INTERFACE HOMEM-ANIMAL-AMBIENTE MEDIANTE UMA AÇÃO MULTIDISCIPLINAR DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	49
RESUMO.....	50
ABSTRACT.....	50
<i>Introdução</i>	51
<i>Contextualizando a ação</i>	52
<i>Compondo a equipe para a abordagem multidisciplinar</i>	53
<i>Dinâmica dos grupos de trabalho</i>	54
<i>O dia da Mostra de Saúde Única</i>	54
<i>Transtorno de acumulação</i>	55
<i>Resistência a antibióticos</i>	57
<i>Tuberculose zoonótica</i>	59
<i>Potencial risco zoonótico para a transmissão da hanseníase</i>	61
<i>Considerações Finais</i>	66
REFERÊNCIAS.....	67
CAPÍTULO III	70
TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO: ASPECTOS GERAIS DA DOENÇA E REFLEXÕES SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE ÚNICA.....	70
RESUMO.....	71
ABSTRACT.....	71
<i>Introdução</i>	72
<i>Caracterização do Transtorno de Acumulação – aspectos gerais e epidemiologia</i>	73
<i>A acumulação de animais</i>	76
<i>Inter-relações entre a saúde humana, animal e ambiental: o transtorno de acumulação no contexto da saúde única</i>	83
<i>Considerações finais</i>	88

REFERÊNCIAS.....	89
CAPÍTULO IV.....	94
ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA INSERÇÃO DO MÉDICO VETERINÁRIO NOS NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA.....	94
<i>RESUMO</i>	95
<i>ABSTRACT</i>	96
<i>Introdução</i>	97
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	99
<i>Tipo do estudo</i>	99
<i>Local</i>	99
<i>Participantes</i>	99
<i>Coleta e análise dos dados</i>	100
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	100
<i>Categoria I: Identificação de demandas ligadas à área de atuação do médico veterinário</i>	101
<i>Categoria II: Experiências advindas da presença de estudantes estagiários de medicina veterinária nos núcleos</i>	109
<i>Categoria III: Reflexões sobre os motivos do não inserção deste profissional</i>	112
REFERÊNCIAS.....	115
CONCLUSÕES GERAIS.....	119

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CFMV – Conselho Federal de Medicina Veterinária

eSF – equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAO – Food and Agriculture Organization of the United Nations

MSU – Mostra de Saúde Única

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB – Núcleo Ampliando de Saúde da Família e Atenção Básica

NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

OIE – World Organization for Animal Health

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PDI – Plano Diretor de Investimentos

PDR – Planos Diretores de Regionalização

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Program Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SF – Saúde da Família

SUDS – Sistema Único de Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCG – Termo de Compromisso de Gestão

UBS – Unidade Básica de Saúde

WHO – World Health Organization

RESUMO GERAL

Uma nova dinâmica no campo da saúde tem se estabelecido, posto que as inter-relações entre as populações humana e animal e o meio ambiente intensificam-se cada vez mais. Desta forma, abordagens e intervenções pautadas na multidisciplinaridade, na colaboração intersetorial e em uma visão sistêmica dos processos de saúde tornam-se imprescindíveis para garantir o êxito na prevenção de doenças e promoção de saúde das coletividades. Neste sentido, os fundamentos que sustentam a saúde única e a saúde coletiva articulam-se, e o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro configura-se em um espaço importante para ampliação de práticas em saúde ancoradas na compreensão da interface existente entre a tríade homem-animal-ambiente. Este trabalho estrutura-se em quatro capítulos, foi elaborado a partir de uma perspectiva qualitativa, de natureza exploratório-descritiva, cujo objetivo norteador consistiu em discutir a saúde única em articulação à saúde coletiva, conduzindo-se por reflexões sobre a consciência multidisciplinar inerente às práticas em saúde única e culminando na identificação da percepção de profissionais de saúde acerca da inclusão do médico veterinário nas equipes multiprofissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Desta forma, dois capítulos são de base teórica: o Capítulo 1, referente ao levantamento bibliográfico sobre as temáticas centrais do estudo; e o Capítulo 3, em que se discutiu o transtorno de acumulação sob a perspectiva da saúde única. Os outros dois capítulos abrangem aspectos de pesquisa de campo: o Capítulo 2, que consiste em um relato de experiência sobre a construção de uma ação educativa multidisciplinar em saúde única, com grupos de trabalho formados por estudantes de graduação de Nutrição, Enfermagem, Medicina, Ciências Biológicas e Medicina Veterinária, abordando os temas - transtorno de acumulação, resistência a antibióticos, tuberculose zoonótica, potencial risco zoonótico para a transmissão da hanseníase e segurança de alimentos; e o capítulo 4, em que foi realizada uma análise da percepção de profissionais de saúde acerca da inserção do médico veterinário nos NASF-AB. Os resultados obtidos apontaram para: 1) a relevância do desenvolvimento de competências e habilidades humanísticas e da promoção de espaços em que os estudantes das diversas áreas do conhecimento possam construir conjuntamente intervenções em saúde desde a graduação, de modo a melhor capacitá-los para atuar em equipes multiprofissionais e lidar de modo eficiente com problemas complexos, transversais e intersetoriais, como os da área de saúde única; 2) os profissionais de saúde entrevistados demonstraram uma percepção positiva quanto à importância da inserção do médico veterinário nos NASF-AB; 3) de modo indireto, os discursos analisados permitiram identificar a existência de fragilidades em relação à formação do profissional médico veterinário no que se refere ao conhecimento sobre os processos de trabalho na atenção primária à saúde; 4) indiretamente, evidenciou-se que a população em geral ainda demonstra uma visão limitada sobre a atuação do médico veterinário no campo da saúde pública, sendo necessário programar estratégias mais consistentes voltadas à divulgação do papel deste profissional neste âmbito.

Palavras-chave: Multidisciplinaridade. Equipes multiprofissionais. Atenção Básica.

ABSTRACT

New dynamics on the health field have been established, since the interrelationships between human and animal populations and the environment are intensifying. In this way, approaches and interventions based on systemic view of the health processes and on the intersectoral collaboration become essential to ensure success in the prevention of diseases and health promotion. In this sense, the fundamentals that support one health and collective health are articulated, and the *Sistema Único de Saúde* (SUS) is an important space for expanding health practices anchored in the understanding of the interface between the triad human-animal-environment. This work is structured in four chapters. It was elaborated from a qualitative perspective, with an exploratory and descriptive approaches, aimed at to discuss one health in articulation with collective health, being guided by reflections on the multidisciplinary consciousness inherent to the one health practices and culminating in the identification of the perception of health professionals about the inclusion of the veterinarian in the multiprofessional teams of the Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Thus, two chapters presented theoretical basis: Chapter 1, referring to the bibliographic survey on the central themes of the study; and Chapter 3, which discussed the hoarding disorder on the one health context. The other two chapters presented aspects of the field research: Chapter 2, which consists in a report of the experience on the construction of a multidisciplinary educative action in one health, with groups formed by undergraduate students of Nutrition, Nursing, Medicine, Biological Sciences and Veterinary Medicine, addressing the topics - hoarding disorder, antibiotic resistance, zoonotic tuberculosis, potential zoonotic risk for transmission of leprosy and food safety; and chapter 4, which analyzed the perception of health professionals about the insertion of the veterinarian in NASF-AB. The results obtained pointed to: 1) the relevance of the development of humanistic competences and skills and the need for spaces in which students from different areas of knowledge can jointly construct health interventions since the undergraduate level, in order to train professionals to act in multiprofessional teams and deal efficiently with complex, cross-cutting and intersectoral problems, such as those in the one health area; 2) the health professionals interviewed showed a positive perception about the importance of the insertion of the veterinarian in NASF-AB; 3) indirectly, the analyzed discourses allowed to identify the existence of weaknesses during the veterinarian formation regarding the knowledge about the work processes in primary health care; 4) indirectly, it was evidenced that the general population still have a limited view on the veterinarian's performance in the field of public health, and it is necessary to program more consistent strategies aimed at publicizing the role of this professional in this area.

Keywords: Multidisciplinary. Multiprofessional teams. Basic Attention.

INTRODUÇÃO GERAL

O estreitamento do vínculo e das relações estabelecidas entre as populações humana e animal e o meio ambiente têm delineado o fluir de uma nova dinâmica no campo da saúde. Embora abordagens isoladas tenham surgido para promover a saúde nos domínios humanos, animais e ambientais em rápida mudança, as ações de proteção e promoção à saúde não podem ser baseadas em estratégias e mentalidades do passado. Desta forma, é necessário adotar uma abordagem integrada e holística que reflita nossa profunda interdependência e a compreensão de que somos parte de um sistema ecológico maior, em que estamos complexa e profundamente conectados (AVMA, 2008; COURTENAY et al., 2015; LUEDDEKE et al., 2016).

Diante deste cenário, o conceito de Saúde Única (One Health) passa a ganhar espaço e esforços colaborativos multidisciplinares e intersetoriais tornam-se imprescindíveis para atender às novas demandas. A Saúde Única fundamenta-se, justamente, no estudo da interface homem-animal-ambiente com o objetivo de estruturar abordagens mais eficazes e sustentáveis para a saúde da coletividade, abrangendo desde realidades locais até o panorama global (BRESALIER; CASSIDY; WOODS, 2015; AGUIRRE et al., 2016).

O êxito na adoção de estratégias em Saúde Única exige a superação de muitas barreiras, incluindo o desafio de ressignificar as disposições conceituais de profissionais de saúde, na maioria das vezes, centradas no modelo biomédico para o modelo holístico. Deve-se considerar, ainda, que as múltiplas especialidades no campo da medicina, humana e veterinária, favorecem a fragmentação do conhecimento, desta maneira, torna-se importante refletir acerca do modelo educacional que têm focalizado a intensa especialização, perdendo, por vezes, a visão sistêmica e integrativa do todo (AVMA, 2008).

Sob a égide da saúde única diversos assuntos podem ser estudados, tais como: doenças infecciosas e zoonoses, controle de vetores, segurança alimentar e segurança de alimentos, bioterrorismo, resistência antimicrobiana, vigilância em saúde, meio ambiente e saneamento, perigos ambientais e exposição a humanos e animais, vacinas, saúde do trabalhador, mudanças climáticas, sociologia e economia da saúde, medicina comparada (câncer, doenças cardiovasculares e desordens metabólicas em humanos e animais), entre outros (LERNER;

BERG, 2015; DESTOUMIEUX-GARZÓN et al., 2018). Ressalta-se que a problemática das doenças infecciosas e zoonoses tem se destacado, uma vez que os processos sociais e agropecuários ocorridos nos últimos anos proporcionaram um contato ainda maior entre a população humana e os animais domésticos e silvestres, o que facilitou a disseminação de agentes infecciosos e parasitários para novos hospedeiros e ambientes, implicando em emergências de interesse global (TAYLOR; LATHAM; WOOLHOUSE, 2001; TORREY; YOLKEN, 2005; GIBBS, 2014).

Incurtionando pela realidade do sistema de saúde brasileiro, percebe-se uma aproximação entre os fundamentos da saúde única e da saúde coletiva e, por conseguinte, da estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, Birman (2005) elucida que o campo da saúde coletiva direciona-se para uma abordagem mais profunda e contextualizada da saúde, sendo, portanto, fundamentalmente multidisciplinar e admitindo no seu território uma diversidade de objetos e de discursos teóricos. O SUS, por sua vez, alicerçado na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde, busca compreender e identificar fatores condicionantes e determinantes de saúde, e oferecer assistência por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das medidas assistenciais e das ações preventivas (CAMPOS, 2003).

O SUS, por meio dos programas de vigilância em saúde, que abrange as vigilâncias sanitária, ambiental, epidemiológica e da saúde do trabalhador, já constitui um espaço propício para o fortalecimento das práticas em saúde única. Outro cenário favorável a esta atuação refere-se ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família, mediante ações intersetoriais e interdisciplinares que visam à promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (Brasil, 2009). Reforça-se, neste aspecto, a importância da efetiva participação do profissional médico veterinário nas equipes do NASF-AB para que o contexto da saúde de um dado território seja melhor compreendido sob a perspectiva da interface homem-animal-ambiente.

À luz destas considerações, foi elaborado este estudo com o objetivo de discutir a saúde única em articulação à saúde coletiva, conduzindo-se por reflexões acerca da

consciência multidisciplinar inerente às práticas em saúde única e culminando na identificação das percepções de profissionais de saúde acerca da inclusão do médico veterinário na atenção primária à saúde, mais especificamente, como possível integrante das equipes multiprofissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Sendo assim, este trabalho estrutura-se em quatro capítulos: o primeiro em que se apresenta o referencial teórico que resgata brevemente o histórico da assistência à saúde no Brasil, enfatizando a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus desdobramentos, e que expõe os aspectos basilares do conceito de saúde única; o segundo, que trata da abordagem multidisciplinar em saúde única, configurando-se como um artigo científico cujo título é *Saúde única: reflexões sobre a interface homem-animal-ambiente mediante uma ação multidisciplinar de educação em saúde*; o terceiro em que se analisa o transtorno de acumulação sob a ótica da saúde única, apresentando-se como um artigo de revisão narrativa intitulado *Transtorno de acumulação: aspectos gerais da doença e reflexões sob a perspectiva da saúde única*; e o quarto em que são identificadas e analisadas as percepções de profissionais dos Núcleos Ampliados da Saúde da Família e Atenção Básica acerca da inclusão do médico veterinário nestas equipes, cujo título é: *Análise das percepções de profissionais da saúde acerca da inserção do médico veterinário nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica*.

Espera-se contribuir para a difusão de práticas ancoradas nos fundamentos da saúde única e para a ampliação da percepção acerca da atuação do profissional médico veterinário na atenção primária à saúde, particularmente junto às equipes de NASF-AB, de modo a colaborar na prevenção de doenças e agravos, e na promoção e recuperação da saúde das coletividades.

Referências bibliográficas

AGUIRRE, A. A.; BEASLEY, V. R.; AUGSPURGER, T.; BENSON, W. H.; WHALEY, J.; BASU, N. One health-Transdisciplinary opportunities for SETAC leadership in integrating and improving the health of people, animals, and the environment. **Environ Toxicol Chem.** v. 35, n. 10, p. 2383-2391, 2016.

AMERICAN VETERINARY MEDICAL ASSOCIATION (AVMA). One Health Initiative Task Force. **One Health: A New Professional Imperative.** Schaumburg IL, USA. 2008.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil.** Cap. II, Seção II, Art. 198. 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica n. 27.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 160 p.il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2009.

BRESALIER, M.; CASSIDY, A.; WOODS, A. **One Health in History.** In *One Health: The Theory and Practice of Integrated Health Approaches*, edited by J. Zinsstag, E. Schelling, D. Waltner-Toews, M. Whittaker and M. Tanner, p.1–15. Wallingford: CABI, 2015.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

COURTENAY, M.; SWEENEY, J.; ZIELINSKA, P.; BROWN BLAKE, S.; LA RAGIONE, R. One Health: An opportunity for an interprofessional approach to healthcare. **Journal of Interprofessional Care.** v. 29, n. 6, p. 641-643, 2015.

DESTOUMIEUX-GARZÓN, D.; MAVINGUI, P.; BOETSCH, G.; et al. The One Health Concept: 10 Years Old and a Long Road Ahead. **Frontiers in Veterinary Science.** v. 5, n. 14, 2018.

LUEDDEKE, G. R.; KAUFMAN, G. E.; LINDENMAYER, J. M.; STROUD, C. M.
Preparing society to create the world we need through “One Health” education. **South Eastern European Journal of Public Health**. v. 6, p. 1-4, 2016.

GIBBS, E.P.J. The Evolution of One Health: A Decade of Progress and Challenges for the Future. **Veterinary Record**. v. 174, p. 85-91, 2014.

LERNER, H.; BERG, C. The concept of health in One Health and some practical implications for research and education: what is One Health? **Infection Ecology & Epidemiology**. v. 5, 2015.

TAYLOR, L. H.; LATHAM, S. M.; WOOLHOUSE, M. E. Risk factors for human disease emergence. **Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci** v. 356, p. 983–989, 2001.

TORREY, E. F.; YOLKEN, R.H. **Beasts of the Earth: animals, humans and disease**. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2005.

CAPÍTULO I

REFERENCIAL TEÓRICO

*“Somos a memória que temos e a responsabilidade que assumimos.
Sem memória não existimos, sem responsabilidade talvez não mereçamos existir.”*

(José Saramago)

Introdução

Neste capítulo, dispõe-se a fundamentação teórica que apoiou a construção do presente trabalho. São apresentados os principais conceitos e aspectos referentes aos temas norteadores do estudo. Inicia-se com um breve resgate da história da saúde no Brasil, percorrendo desde o período colonial até a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas bases legais; são apresentados os preceitos da atenção básica/atenção primária à saúde; discorre-se sobre a criação, características e objetivos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), atualmente denominados Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB); discute-se a inserção do médico veterinário no NASF-AB; é debatida a problemática dos processos de trabalho em saúde e a interdisciplinaridade que demandam; são descritos os aspectos gerais do conceito de Saúde Única.

Trajetória histórica da assistência à saúde no Brasil

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se como o maior movimento de inclusão social vivenciado na história do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos (BRASIL, 2007a). Porém, considerando o que afirma Paim (2010), é preciso conhecer o que existia antes do SUS para poder avaliá-lo, valorizá-lo e aperfeiçoá-lo. Desta maneira, empreende-se, neste tópico, um conciso resgate histórico da organização dos modelos de saúde no Brasil desde o período colonial, de modo a colaborar para a compreensão dos motivos pelos quais o SUS representa um avanço tão significativo nesta esfera.

Um país colonizado basicamente por degredados e aventureiros não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo o interesse, por parte do governo colonizador, em criá-lo. Sendo assim, nos primeiros séculos após o início da colonização do Brasil pelos portugueses, a atenção à saúde restringia-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e aos saberes e práticas empíricas de curandeiros e pajés (GRIGOLETO, 2014). Somente no século XVIII, inicia-se um processo de organização de instituições filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia, direcionadas à assistência

dos enfermos sem recursos, valendo-se, principalmente, da atuação voluntária dos padres jesuítas (SILVA, 1996). De acordo com Grigoletto (2014), apenas com a vinda da família real ao Brasil, em 1808, instaura-se a ordenação de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte à nobreza que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. Até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas à delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e ao controle de navios e saúde dos portos, tendência que se alongou por quase um século.

No início do século XIX, as referências ao Brasil como uma terra saudável, caracterizada por uma natureza e um clima benévolos e pela longevidade de seus habitantes, ainda eram frequentes, a despeito de registros de incidência de varíola e febre amarela desde o período colonial (FINKELMAN, 2002). Tal imagem pública passa a sofrer alterações, no período de 1849 a 1850, devido ao impacto da epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro, que vitimou fatalmente membros da elite. Este cenário favoreceu a compreensão do quadro sanitário do país como um problema científico e político importante, ampliando a repercussão das polêmicas médicas sobre o assunto (LIMA, 2002).

Registros datados a partir de 1859, sobre o Rio de Janeiro, revelam os elevados índices de mortalidade por tuberculose, febre amarela, malária e varíola. A presença epidêmica de doenças pestilenciais em São Paulo também detém registros desde 1880 (MERHY, 1985). Lima (2002) aponta que a história da saúde pública no Brasil é, em larga medida, uma história de combate aos grandessurtos epidêmicos em áreas urbanas e às denominadas endemias nas áreas rurais, como a malária, a doença de Chagas e a ancilostomose.

Enquanto a economia nacional ancorava-se em um modelo agroexportador, baseado na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinada aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação, estabelecendo-se, assim, o modelo sanitaria campanhista (FINKELMAN, 2002).

Considerando o domínio crescente no âmbito do conhecimento bacteriológico, ao final do século XIX e início do século XX, uma tomada de posição frente às doenças transmissíveis procurava atuar não somente através de campanhas, mas também, do saneamento ambiental. Em geral, muitas das medidas adotadas neste período foram consideradas coercitivas e cerceadoras das liberdades individuais, gerando indignação e oposição de diversos setores da população, o que culminou, por exemplo, na revolta da vacina mediante a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola, decretada em 9 de novembro de 1904. Apesar das arbitrariedades

cometidas, o modelo campanhista empreendeu importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, dentre as quais conseguiu erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas (GRIGOLETO, 2014).

No início do século XX, o capital advindo da monocultura cafeeira possibilitou o início do processo de industrialização no país, que veio acompanhado de uma urbanização crescente e da utilização de imigrantes, especialmente europeus, como mão-de-obra nas indústrias. Os operários, nesta época, trabalhavam em péssimas condições e não tinham quaisquer garantias trabalhistas. Este cenário conduziu à organização do movimento operário na busca por direitos sociais. Neste sentido, uma das conquistas foi a criação da Lei Eloy Chaves, em 1926, de forma que a saúde atrelada à previdência passou a ser componente de um sistema para os trabalhadores. De início, com as caixas de pensão, depois, os institutos e, finalmente, o Instituto Nacional da Previdência Social (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Na década de 1930, com a expansão do processo de industrialização, as reivindicações dos trabalhadores aumentaram de tal modo que as intensas pressões conduziram ao surgimento de políticas sociais nacionais que atendessem essas novas demandas. Conforme relata Bravo (2006), a política de saúde, nesse período, foi organizada em dois setores: o de saúde pública, predominante até os anos 1960, centralizado na criação mínima de condições sanitárias para população urbana e, de modo mais restrito, para a população rural; e o da medicina previdenciária que passou a predominar a partir de 1966.

Apesar das melhorias advindas dos investimentos do Estado no setor da saúde pública, as corporações médicas ligadas ao setor privado começaram a ganhar força na década de 1950, intensificando-se com o regime militar a partir de 1964. Neste sentido, a saúde pública declinava, e a medicina previdenciária crescia, à medida que o Estado aproximava-se e articulava-se com os interesses do capital internacional. Acerca deste cenário, ressalta-se que a inversão na ênfase das políticas de saúde não decorreu da extirpação dos problemas específicos de saúde pública, mas foi ocasionada pela mudança estrutural econômica e política do país, que desencadeou uma grande demanda por assistência médica individual e gerou a necessidade de se utilizar de mecanismos populistas nas ações sociais (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Durante o regime ditatorial, os subsídios governamentais destinavam-se, majoritariamente, ao setor privado e a medicalização da saúde, refletindo na marcada

expansão da medicina previdenciária. A política nacional de saúde caracterizava-se por privilegiar o modelo hospitalocêntrico, a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e interesse coletivo (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989). Tal política revelou-se, ao longo do tempo, como excludente e ineficaz, com o consequente agravamento das condições de saúde da população (SALVADOR; TERRA; ARÊAS, 2015).

Em meados da década de 1970, o modelo econômico implantado pela ditadura entrou em crise, em consonância com o cenário internacional. A população brasileira vivenciou uma grave crise financeira que se refletia no campo social com o aumento do índice de desemprego e piora nos indicadores de saúde (BEHERING; BOSCHETTI, 2011). As falhas e iniquidades do modelo de saúde previdenciário evidenciavam-se: por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias e epidemias; os custos da medicina curativa voltada à atenção médico-hospitalar eram crescentes; a queda no setor econômico repercutiu na arrecadação do sistema previdenciário, reduzindo as suas receitas; o sistema mostrava-se incapaz de atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem vínculo empregatício formal e contribuição previdenciária, tornavam-se excluídos do sistema; constantes desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores por parte do governo federal (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989). Considerando o exposto, destaca-se a assertiva de Souza (2002) ao afirmar que o modelo de saúde vigente à época distribuía a população brasileira em três categorias: os que tinham poder aquisitivo e podiam pagar pelos serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde por serem segurados pela previdência; e os que não tinham direito algum, postos como indigentes e sujeitos à caridade de organizações filantrópicas ou sem fins lucrativos.

Diante deste cenário, no final dos anos 1970, as reivindicações cresceram em diversos setores da sociedade, o regime ditatorial começava a enfrentar uma crise e projetos de redemocratização passaram a ser idealizados, ao mesmo tempo em que surgiram propostas de reformulação da saúde, com políticas que a compreendessem por meio de seus determinantes sociais (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006). Os clamores da população brasileira, neste período, afinavam-se com as vivências do cenário internacional, uma vez que, mundialmente, aumentavam as críticas às intervenções de tipo vertical, à medicina curativa centrada na instituição hospitalar e no uso crescente de tecnologias complexas.

A dinâmica acima relatada culminou, em termos internacionais, no estabelecimento, em 1977, da meta de “Saúde para todos no ano 2000” e, no ano seguinte, durante a Conferência de Alma-Ata, na proposição da atenção primária como a estratégia central para alcançá-la (CUETO, 2004). A Declaração de Alma-Ata estabelecia a participação efetiva dos Estados na saúde do seu povo através da promoção de políticas de saúde que garantissem o bem-estar físico, mental e social como direitos fundamentais dos seus habitantes, enfatizando-se principalmente os cuidados primários. Ainda neste documento, a saúde foi posta como a mais relevante meta social mundial, e que para a sua devida efetivação era imprescindível a integração com os diversos setores sociais e econômicos (VENTURA, 2003).

É neste contexto que emergiram, no Brasil, os preceitos da saúde coletiva e impulsionou-se o movimento da reforma sanitária, cujos objetivos estavam voltados à luta pela democracia, e, no campo da saúde, por uma atenção abrangente, democrática e igualitária. Os principais atores sociais envolvidos neste movimento foram as lideranças políticas e intelectuais, profissionais da saúde, representantes estudantis universitários, sindicalistas, entre outros. Toda essa articulação foi responsável por materializar o conceito ampliado de saúde na Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006).

Acerca da VIII Conferência Nacional de Saúde ressalta-se que esta se tornou um dos grandes marcos da saúde no Brasil e contou com uma intensa participação popular de mais de 4000 pessoas, dentre as quais 1000 eram delegados com direito a voz e a voto. Os temas centrais debatidos nas plenárias abrangeram: a saúde como direito; a reformulação do sistema nacional de saúde; e o financiamento setorial (BRASIL, 1987). Seu relatório final ficou consolidado como um instrumento que veio influenciar as responsabilidades do Estado em assegurar o direito à saúde para toda a população, garantindo condições de acesso e qualidade dos serviços, servindo de subsídio para a elaboração da nova Constituição de Saúde do Brasil, além de estabelecer como principal objetivo a ser alcançado um sistema de saúde com atribuições e competências para os níveis Federal, Estadual e Municipal, o que culminou na implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) como uma necessidade imediata e de transformação progressiva para o Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUZA E COSTA, 2010).

O SUDS apresentava como propostas a transferência dos serviços de saúde para o estado e os municípios, o estabelecimento de um gestor único de saúde em cada esfera de

governo e a transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado. O SUDS reafirmava o princípio da participação, com a recomendação de que fossem criados conselhos de saúde, cuja composição e atribuições, no entanto, não foram estipuladas. É pertinente destacar que a ideia do SUDS surgiu como uma estratégia transitória, uma ponte para o início do atual Sistema Único de Saúde, o qual se oficializou por meio da Constituição de 1988 (BRASIL, 2006a).

Bases legais do Sistema Único de Saúde (SUS)

O componente jurídico-legal do SUS abrange a Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8080/90 e 8142/9011) e regulamentações específicas, dentre as quais se destacam as normas operacionais que regimentam o repasse de recursos e a gestão do sistema (LOBATO, 2012).

Neste sentido, é pertinente destacar que o Sistema Único de Saúde irrompe a partir da promulgação da Oitava Constituição do Brasil, conhecida como a Constituição Cidadã, em 5 de outubro de 1988. Este fato representa um marco histórico das políticas de saúde no país, uma vez que a atenção à saúde passa a ser legalmente assegurada como direito fundamental de cidadania, sendo obrigação do Estado provê-la a todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros que vivem no Brasil (FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2010).

Em consonância com o que preconiza a Declaração Universal dos Direitos Humanos, desde 1948, acerca dos aspectos do direito à saúde, a Constituição Federal de 1988 dispõe que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universitário e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Direcionamentos mais específicos quanto às características deste novo sistema de saúde constam no Capítulo II, artigo 198, em que se descreve que as ações e os serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Desta forma, está instituído o Sistema Único de Saúde, resultado de uma política social e universalista, que apresenta a Constituição Federal e as Leis

nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, como sua base jurídica, constitucional e infraconstitucional (BRASIL, 2007b).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde – dispõe as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, além de descrever os objetivos do SUS, suas competências e atribuições, assim como as funções da União, dos Estados e dos Municípios (BRASIL, 1990a). A referida lei também apresenta os princípios doutrinários e organizativos do SUS (BRASIL, 1990a). Andrade et al. (2007) explicam que os princípios doutrinários referem-se às ideias filosóficas envolvidas na criação e implementação do SUS e trazem o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam quanto ao funcionamento do sistema, de modo a permitir que os princípios doutrinários sejam devidamente operacionalizados. Os princípios doutrinários do SUS são: universalidade, equidade e integralidade da atenção; os princípios organizativos são descentralização, regionalização e hierarquização do sistema, participação popular e controle social (RONCOLLETA 2003).

Correia et al. (2010) relatam que, na ocasião da publicação da Lei nº 8.080, sucederam vetos presidenciais que atingiram pontos fundamentais, como a participação popular. Mediante essa situação, a sociedade civil reage, e como resultado tem-se a elaboração da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que apresenta disposições sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b).

A lei nº 8.142 já em seu artigo 1º, estabelece dois mecanismos principais de participação da comunidade na gestão do SUS: através dos conselhos e das conferências de saúde. Tal lei propõe que a representação dos usuários do sistema seja paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (gestores e profissionais da saúde), desta forma, 50% dos representantes nos conselhos ou nas conferências devem ser usuários do SUS. A organização assim disposta visa garantir à população, geralmente afastada dos processos de decisão na gestão das políticas públicas, uma participação maior e não subordinada aos gestores e profissionais de saúde.

As leis orgânicas, de acordo com Correia et al. (2010), consolidam o papel do município como o principal executor das ações de saúde, promovendo a ampliação do processo de descentralização que já vinha sendo discutido e implementado desde a 8ª

Conferência de Saúde e que significava um avanço. As Normas Operacionais Básicas (NOB) 91, 93 e 96 e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) tiveram um papel fundamental no processo de descentralização, uma vez que definiram competências, responsabilidades e condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as condições de gestão no SUS (VIANA et al., 2002). Neste sentido, Baptista (2007) aponta:

“A principal característica das normas é a definição de regras para a descentralização a partir da utilização de mecanismos e incentivos financeiros para a indução de políticas nos estados e municípios, reforçando uma relação tutelar já institucionalizada na condução do Ministério da Saúde, permeando o processo decisório sobre a política de financiamento. Assim, apesar de se tratar de portarias de gestão, estas definem regras de financiamento e, mais uma vez, revelam uma determinada forma de condução da política pelo gestor federal” (BAPTISTA, 2007, p. 618).

Acerca do exposto, é pertinente destacar que é responsabilidade dos gestores municipais garantir a oferta dos serviços da atenção básica e, além disso, o acesso de seus municípios aos outros níveis de atenção, mediante integração do sistema municipal de saúde à rede regionalizada. Os estados, por sua vez, coordenam o processo de regionalização, ofertando os serviços que os municípios não dispõem e assumindo a regulação do acesso aos serviços especializados, em articulação com municípios em gestão plena (ALVES, 2009).

Em continuidade a esse processo, o governo federal lançou as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002), com o objetivo de promover uma distribuição mais justa, racionalizada e equânime dos recursos, de acordo com a base populacional de cada localidade, estimulando a interação das ações e das redes assistenciais, com acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala. Sendo assim, são lançadas orientações quanto à organização de mecanismos de regulação do acesso com a utilização de sistemas informatizados, e a definição de Planos Diretores de Regionalização (PDR) e do Plano Diretor de Investimentos (PDI) (ALVES, 2009).

Com o intuito de enfrentar os gargalos e produzir inovações na organização e, sobretudo, nos processos de gestão do sistema, o Ministério da Saúde criou, em 2006, o Pacto pela Saúde, que normatiza a adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG) do SUS. Também estabelece metas e compromissos para cada esfera de governo e desdobra-se nas seguintes dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. A formulação do pacto permite elucidar situações

fundamentais tanto para o gestor do sistema como para os trabalhadores da saúde e usuários da rede, ou seja, facilita a identificação, a previsão e administração do risco à saúde individual e coletiva (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

O Pacto pela Vida contempla o empenho dos gestores em assegurar os recursos necessários à busca de resultados sanitários em relação a: saúde do idoso; saúde da mulher; saúde da criança; controle de doenças emergentes e endemias; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica; saúde do trabalhador; saúde mental; fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e saúde do homem. O Pacto em defesa do SUS assegura a mobilização da sociedade em defesa do direito à saúde e a efetivação do SUS como política de Estado, com garantia do financiamento público suficiente. Por fim, o Pacto de Gestão introduz inovações nas relações intergovernamentais no SUS, produzindo uma reforma na institucionalidade vigente, buscando superar os entraves que se acumularam no processo de descentralização, sendo que a regionalização é recuperada como eixo estruturante da organização do sistema e das redes de atenção (ALVES, 2009).

Atenção básica/atenção primária à saúde

A terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde ainda é tema de frequentes discussões. No Brasil, a expressão “Atenção Básica” foi oficializada pelo Governo Federal, embora, em documentos oficiais, identifique-se uma crescente utilização de “Atenção Primária à Saúde”. Em geral, os termos “Atenção Básica”, “Atenção Primária” e “Atenção Primária à Saúde” (APS) são utilizados como sinônimos sem que isto se torne um problema conceitual, embora alguns teóricos persistam nos debates ideológicos em torno da temática (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

O primeiro nível de atenção à saúde abrange o conjunto de ações não especializadas de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, e os fundamentos da APS orientam a construção de sistemas de saúde em que a coordenação do serviço ocorre a partir do nível de assistência com menos densidade tecnológica (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Em âmbito global, uma das primeiras iniciativas a propor a integração e organização dos serviços de atenção à saúde de acordo com níveis de complexidade foi o Relatório Dawson, elaborado em 1920, no Reino Unido. Este documento preconizava a territorialização

e integralidade da assistência, a aproximação entre a medicina preventiva e curativa, e destacava a importância do cuidado ser coordenado com um sistema de referenciamento regionalizado e iniciado a partir de um profissional generalista (LAVRAS, 2011). Kuschnir e Chorny (2010) apontam que, embora sem completude, o modelo de assistência apresentado no Relatório Dawson firma-se como referencial teórico do atual sistema de saúde brasileiro.

A expansão do modelo de APS ocorreu após a Declaração de Alma-Ata (1978), fortalecendo-se com a Carta de Ottawa (1986), ambos os documentos ressaltam o propósito de que os cuidados essenciais à saúde, ou cuidados primários, devem ser acessíveis a todos, resolutivos, integrais, universais e integrados a serviços de maior complexidade (LAVRAS, 2011).

Neste cenário, considerando a APS e visando à operacionalização das mudanças no sistema de saúde, optou-se, no Brasil, pela articulação entre Agentes Comunitários de Saúde - ACS e multiprofissionais com formação em níveis técnico ou superior, os quais trabalham articuladamente, junto a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), desenvolvendo ações básicas e essenciais de saúde (CRUZ et al., 2014). Instituiu-se que nestes espaços, prioritariamente, deve ocorrer o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde e as ações neles desenvolvidas devem garantir a busca pela eficiente resolutividade das queixas apresentadas (LAVRAS, 2011). Neste aspecto, Tesser et al. (2010) ponderam que as reais necessidades da população brasileira passam a ser postas no rol de prioridade das políticas públicas de saúde, de fato, a partir da implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, com posterior associação ao Programa Saúde da Família – PSF, os quais possibilitaram um planejamento estratégico e redirecionamento de ações.

O PACS apresenta como objetivo central a busca por melhorar a capacidade da população de cuidar da própria saúde, por meio de informações e conhecimentos partilhados pelos agentes comunitários de saúde, contribuindo para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 1993). O estabelecimento deste programa como estratégia para o aprimoramento e consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, é compreendido, atualmente, como estratégia transitória para o Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2001).

Baseando-se no propósito de melhor organizar os serviços da atenção básica e levar a saúde para mais perto da família foi implantado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). A proposta apresentada pelo Ministério da Saúde expôs o PSF como um modelo de

assistência à saúde que desenvolve ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, por meio de equipes de saúde responsáveis pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária (BRASIL, 1994). O referido programa é atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) trabalha com uma equipe de referência, composta por enfermeiro, médico, dentista, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e de consultório odontológico. Gozzi (2017) reforça a importância de esta equipe trabalhar no sentido de atingir níveis em torno de 80% de resolubilidade para os problemas de saúde da população que vive em seu território de abrangência, de modo a fortalecer os preceitos da atenção básica.

Um marco legal que estabeleceu a missão da Atenção Primária no Brasil foi a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, reformulada em 2011, e que passou por novas alterações em 2017. Esta política define Atenção Básica como:

“A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.” (BRASIL, 2017, p. 02)

Por meio da PNAB, em 2006, o Ministério da Saúde prioriza a saúde da família como elemento organizativo do fluxo de atenção ao usuário no sistema e baseia-se nos princípios e diretrizes que o Pacto pela Vida propõe com vistas à consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 2006b). Em 21 de outubro de 2011, a portaria no. 2488 revisa alguns aspectos da portaria anterior, com o objetivo de fortalecer a APS como porta de entrada ao SUS e coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Definiu ainda, uma reorientação no modelo de atenção, utilizando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como tática prioritária de expansão, consolidação e qualificação da APS (BRASIL, 2012a). Gozzi (2017) aponta que no período entre 2006 e 2011, foi possível acumular experiências importantes nesta consolidação, de tal maneira que a PNAB evidencia o alto grau de capilaridade e descentralização da atenção básica e o seu exercício próximo, de fato, à vida das pessoas.

A reformulação da PNAB em 2017, pela portaria 2423 de 21/09/2017, define as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para a organização do SUS e destaca a Atenção

Básica como porta de entrada preferencial ao sistema. Tal reformulação admite, além da ESF, outras estratégias de organização da Atenção Primária, com vagos parâmetros populacionais de adscrição e carga horária profissional (BRASIL, 2017). Há diversas controvérsias sobre a sua aprovação, legitimidade, alterações conceituais e práticas (GOZZI, 2017). Morosini et al. (2018) relatam que vários setores organizados e comprometidos com a Atenção Primária e o SUS apontam retrocessos nessa nova PNAB. No entanto, pondera Gozzi (2017) ao considerar que a publicação da nova política é muito recente e ainda não é possível detectar com clareza os reflexos de tais mudanças.

Os princípios e diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica e utilizados na Portaria da PNAB de 2017 são respectivamente: universalidade, equidade e integralidade; regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017).

Ao caracterizar a trajetória das políticas voltadas ao fortalecimento da atenção básica é pertinente destacar iniciativas como: Programa de Saúde na Escola (PSE), Academias de Saúde, Melhor em Casa, Telessaúde, Consultório na Rua, Unidades Fluviais, ESF para populações ribeirinhas e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)/Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

O Ministério da Saúde, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), visando apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, e aumentar a resolubilidade reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2008). Os referidos núcleos são definidos como:

“Uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de Saúde da Família e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar

comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde” (BRASIL, 2009, p.10-11).

O NASF é constituído por uma equipe multidisciplinar que abrange profissionais de distintas áreas do conhecimento, que atuam de forma integrada com os profissionais das equipes da ESF, uma vez que compartilham as experiências em saúde no território de abrangência. A atuação do NASF nas unidades em que se encontra vinculado contempla uma dimensão técnico-pedagógica, conferindo apoio às equipes, e outra dimensão clínico-assistencial, ofertando assistência aos usuários acompanhados pela unidade de saúde da família (BRASIL, 2015).

Os NASFs foram criados com o intuito de apoiar o trabalho da ESF, oferecendo suporte para as equipes e assumindo a corresponsabilidade pela população. Desta forma, não constituem porta de entrada dos usuários ao serviço de saúde. À medida que a equipe de referência detecta a necessidade de discussão, avaliação e ação para um paciente e/ou família, os profissionais do NASF são acionados para realizarem ações em conjunto e matriciamento. Neste sentido, é pertinente assinalar que o matriciamento caracteriza-se como uma abordagem fundamental para a operacionalização do NASF, uma vez que conduz as equipes à construção de relações e responsabilização pelas ações desencadeadas, visando garantir a integralidade em todo o sistema de saúde. Estes arranjos organizacionais buscam superar a fragmentação dos processos de trabalho decorrente da especialização crescente das áreas do cuidado, proporcionando as inter-relações e a troca de saberes entre os profissionais de diferentes áreas (BRASIL, 2009).

Podem compor as equipes do NASF as seguintes categorias profissionais: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico acupunturista, médico do trabalho, médico geriatra, médico ginecologista/obstetra, médico internista, médico homeopata, médico pediatra, médico psiquiatra, médico veterinário, nutricionista, psicólogo, profissional de arte/educação, profissional de educação física, profissional de saúde sanitária e terapeuta ocupacional. A composição da equipe é realizada a partir das necessidades de saúde identificadas pelo gestor e pelas equipes no momento de solicitação da implantação do serviço municipal (BRASIL, 2012a).

Inicialmente, os NASFs eram classificados em duas categorias: NASF 1- cujo apoio deveria estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes de Saúde da Família (eSF), exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo era cinco; e NASF 2 - vinculado no mínimo a 3 e no máximo a 7 eSF (BRASIL, 2008). A portaria no. 3124 de 28 de dezembro de 2012 redefine as modalidades dos NASFs expostas na portaria anterior. A partir desta nova publicação, os NASFs além das modalidades 1 ou 2, acresce-se o NASF 3, que garante a todo município com ESF ter NASF, além disso, o parâmetro de vinculação do NASF 1 é reduzido para 5 a 9 eSF, e o do NASF 2 é reduzido para 3 a 4 eSF. Ressalta-se que independente da modalidade de NASF, suas ações baseiam-se na intersetorialidade e interdisciplinaridade, objetivando apoiar, aprimorar, qualificar a gestão da AB e superar a fragmentação do cuidado (BRASIL, 2012b).

É importante destacar que as equipes do NASF devem basear suas ações em diretrizes da AB, tais como: interdisciplinaridade, intersetorialidade, educação permanente em saúde, integralidade do cuidado, participação social, educação popular, exercício da concepção de território, humanização e promoção da saúde (BRASIL, 2010).

Em 2017, por meio da reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as equipes multiprofissionais dos NASF passem a apoiar não só equipes de Saúde da Família, mas também as equipes de Atenção Básica tradicionais. Por isso, o nome mudou para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Acerca do NASF-AB, a PNAB detalha:

“Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum, e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um.” (BRASIL, 2017).

Acerca das ações a serem desenvolvidas, a política dispõe que compete especificamente à equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas; contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade

de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território (BRASIL, 2017).

A abrangência do NASF pode ser evidenciada através dos seguintes dados: até março de 2018, haviam 5221 equipes implantadas no país; dando cobertura a 70% dos municípios; contando com o cadastro de 25800 profissionais atuantes nos núcleos (BRASIL, 2018).

A inserção do médico veterinário no NASF-AB

É oportuno observar que a medicina veterinária, a princípio, não se apresenta dentre as categorias profissionais que podem ser integrantes das equipes do NASF-AB. Somente em outubro de 2011, por meio da portaria nº 2.488/2011 (BRASIL, 2011), após anos de ações regulares e consistentes dos profissionais médicos veterinários junto à saúde pública, e resultado de diversas incursões do Conselho Federal de Medicina Veterinária junto aos órgãos específicos, a categoria alcançou a possibilidade de integrar as equipes multiprofissionais do NASF-AB (BRASIL, 2012a).

De acordo com o Conselho Federal de Medicina Veterinária, as atribuições do médico veterinário no NASF-AB podem abranger ações como: a) avaliar os de fatores de risco à saúde, relativos à interação entre os humanos, animais e o meio ambiente nos domicílios e áreas circunvizinhas em apoio às equipes de SF; b) promover a prevenção, o controle e o diagnóstico situacional de riscos de doenças transmissíveis por animais vertebrados e/ou invertebrados (raiva, leptospirose, brucelose, tuberculose, leishmanioses, dengue, febre amarela, teníase/cisticercose, etc.), e outros fatores determinantes do processo saúde e doença; c) adotar estratégias de educação em saúde com foco na promoção da saúde e na prevenção e controle de doenças de caráter antropozoonótico e demais riscos ambientais, incluindo desastres naturais e provocados pelo homem; d) desenvolver ações educativas e de mobilização contínua da comunidade, relativas ao controle das doenças/agravos na área de abrangência, no uso e manejo adequado do território com vistas à relação saúde/ambiente (desmatamentos, uso indiscriminado de medicamentos veterinários entre outros); e)

desenvolver estudos e pesquisa em saúde pública que favoreçam a territorialidade e a qualificação da atenção; f) fornecer orientações quanto à qualificação no manejo de resíduos; g) atuar na prevenção e controle de doenças transmissíveis por alimentos; h) fornecer respostas às emergências de saúde pública e eventos de potencial risco sanitário nacional de forma articulada com os setores responsáveis; i) identificar e orientar quanto a riscos de contaminação por substâncias tóxicas; j) realizar visitas domiciliares sempre que relacionadas às casuísticas que envolvam intersecções entre saúde animal e humano; l) promover orientações de caráter preventivo e auxílio em casos de acidentes com animais peçonhentos; m) identificar emergências epidemiológicas de potencial zoonótico, de modo contínuo e sistemático; n) participar em conjunto com todos os componentes da equipe no planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelo programa; o) identificar as condições socioambientais propícias à proliferação de vetores de doenças, pragas urbanas e animais sinantrópicos, propondo e participando no desenvolvimento de ações de controle (CNSPV, 2012).

Tais atribuições não constituem um processo encerrado, ao contrário, estão em contínua construção, uma vez que este campo de atuação é relativamente recente para os profissionais, além do que, as demandas e os mecanismos de assistência da atenção básica são dinâmicos e abertos a reformulações. Neste sentido, é válido destacar as propostas de competências para o médico veterinário do NASF-AB apresentadas por Araújo (2013): 1) participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; 2) conhecer a população adscrita (animal e humana) do território de ação; 3) identificar áreas de riscos e pontos de vulnerabilidade das doenças transmissíveis por animais; 4) orientar visita domiciliária, programática e rotineira, para avaliação dos elementos da tríade homem X ambiente X animal, conduzindo a um diagnóstico situacional; 5) participar de estudos epidemiológicos com análise dos determinantes socioeconômicos e político-culturais no processo saúde e doença das populações adscritas; 6) orientar a busca ativa em situações de importância local e a notificação de doenças compulsórias e outros agravos, em especial de caráter zoonótico, inclusive aqueles causados por animais peçonhentos; 7) desenvolver, junto com a equipe multiprofissional do Núcleo e com a participação da comunidade de abrangência territorial, ações voltadas à vigilância em saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, no tocante às atividades básicas de saneamento: destino adequado dos

dejetos e resíduos, controle de insetos, roedores, vetores, controle da qualidade da água e manipulação higiênica de alimentos; 8) promover ações de prevenção e controle das doenças transmitidas por alimentos; 9) recorrer aos Serviços de Vigilância em Saúde (Sanitária, Epidemiológica e Ambiental), como referência em nível local, para o encaminhamento e acompanhamento de casos, quando necessário; 10) realizar ações educativas regulares, em espaços comunitários e, sempre que necessário, por meio de visitas domiciliares; 11) envolver-se para a promoção de um atendimento humanizado aos usuários da rede de saúde, para que seja estabelecido o vínculo da equipe de saúde com a população; 12) desenvolver os trabalhos e buscar as soluções com o apoio do matriciamento e do projeto singular terapêutico; 13) participar do planejamento de ações e das reuniões com as equipes de ESF e NASF; 14) orientar para o preenchimento da ficha de atendimento, alimentar o sistema de informação em saúde e avaliar os dados.

Araújo (2013) reforça ainda que as ações específicas a cada uma das competências devem ser implementadas de acordo com as características e necessidades inerentes a cada território. Tais ações, desenvolvidas como práticas de gerência de serviço e assistência de cunho participativo, construídas a partir de uma visão e abordagem multiprofissional, deverão fortalecer a atenção básica em saúde.

O processo de trabalho em saúde e a interdisciplinaridade

As categorias da saúde compõem um quadro de profissionais destinados a promover atenção à saúde em toda sua complexidade. Cada núcleo profissional apresenta singularidade em seu escopo teórico e prático, superar esta fragmentação é fundamental para que a assistência ao usuário seja feita de modo integral e humanizado (SILVA; SILVEIRA, 2011).

De acordo com as disposições da Constituição Federal de 1988, o SUS deve ser o ordenador da formação de recursos humanos em saúde, nesse aspecto, alguns autores apontam as mudanças no processo de formação profissional como ponto nevrálgico para as reais transformações na organização de práticas em saúde no Brasil (HADDAD et al., 2010). A formação do profissional em saúde padece de longa data do tecnicismo, como consequência deste, observa-se uma fragilidade na construção de um processo de trabalho baseado em intervenções dialogadas (SORDI; BAGNATO, 1998). Haddad (2010) ressalta que frente às

inovações nas políticas de saúde, tornam-se imprescindíveis adequações na formação dos profissionais, aproximando-as da nova proposta do fazer saúde. Assim, são necessárias mudanças desde o começo da formação e estas devem perpetuar-se com a inclusão do profissional no campo de trabalho, através de estratégias de educação permanente e continuada.

O distanciamento entre a formação clássica dos cursos de graduação nas áreas de saúde, centrada em sua maioria no modelo biomédico, com uma compreensão mecanicista e abordagens tecnicistas, e as exigências inerentes ao modelo de saúde instituído pelo SUS, baseadas em conceitos como integralidade e humanização que demandam uma construção multiprofissional, evidenciam-se através do texto de Alaion (2017):

“Ao pensarmos sobre o encontro de profissionais componentes das equipes de ESF e de NASF, percebemos que as relações entre eles são atravessadas também pela questão da formação. Há profissionais, muitas vezes, formados por um saber pautado na lógica biomédica e dos especialismos, distante de uma atuação interprofissional, despreparando esses atores para aspectos relacionais do trabalho em saúde, como ampliação da escuta, formação de vínculo, acolhimento etc. É uma formação que distancia os alunos, ao longo da graduação, de um maior contato com a realidade dos serviços de saúde, do diálogo e trabalho entre profissionais de áreas distintas, da produção do cuidado que leve em consideração o usuário do serviço na elaboração de projetos terapêuticos sobre sua vida, entre outras questões.”

O grande desafio das equipes multiprofissionais em atuar interdisciplinarmente está relacionado, entre outros fatores, à negação da superação das fronteiras disciplinares. A interdisciplinaridade ultrapassa a mera convivência entre disciplinas, ou profissões, exigindo a cada especialista que transcenda a sua própria especialidade, tornando-se consciente de seus limites para apoiar as contribuições dos outros, buscando construir mecanismos de interação e colaboração mútua (GÁTTAS, 2005; FARIAS, 2015).

O trabalho interdisciplinar sobrepõe a ideia de vários profissionais, tornando-se produto das relações entre estes profissionais (FARIAS, 2015). Deve ser visto como processo de superação das relações de poder já instituídas nos serviços de saúde. Nesse sentido, torna-se fundamental repensar os papéis de cada profissional, desconstruindo a ideia de

verticalização do processo de trabalho, considerado o fator limitante para a resolubilidade dos serviços (COSTA, 2007).

Alaion (2017) assinala que as diretrizes e princípios da Atenção Básica trazem conceitos inovadores e muitas vezes desconexos do aprendizado que os profissionais obtiveram em suas graduações, por isso, é no cotidiano e nas trocas que vão descobrindo como efetivar tais propostas. Destaca, ainda, que continuamente profissionais de ESF e NASF encontram-se problematizando conceitos aprendidos ao longo de suas graduações, “desacomodando os itens de suas bagagens para fazer caber preceitos novos, em um processo que desassossega tanto os profissionais quanto os usuários dos serviços de saúde.”

No tocante à medicina veterinária, este panorama de fragilidades e lacunas na formação de profissionais para o trabalho em saúde de acordo com os preceitos do SUS também é evidenciado. De acordo com Pfuetzenreiter e Zylbersztajn (2008) o contraditório é que, apesar do reconhecimento da importância da área de medicina veterinária preventiva e saúde pública, esta área não é muito privilegiada nos cursos de graduação. Apesar das mudanças ocorridas na profissão e no mercado de trabalho, a transformação de um pensamento curativo para uma ideia mais abrangente de saúde e doença, com incorporação de elementos de outros estilos de pensamento, é muito difícil e gera resistências e por isso não são favorecidas as reformas curriculares. Desta maneira o modelo clínico-curativo é continuamente reforçado pela maioria das instituições de ensino (RADOSTITS, 2003).

Araújo (2013) constatou deficiências em relação ao conhecimento de graduandos e profissionais médicos veterinários no campo das Políticas Públicas de Saúde, especificamente com relação ao seu papel na atenção primária à saúde, reconhecendo que a maioria dos temas sobre a construção do SUS e os modelos de Atenção Primária à Saúde não foram abordados durante a graduação.

Em uma análise sobre os currículos dos principais cursos de Medicina Veterinária do Brasil, foram observadas discrepâncias entre as percentagens dedicadas aos diversos estilos de pensamento. O estilo de pensamento de Clínica Veterinária apresentou a maior média de carga horária com 38,62%, enquanto que a Medicina Veterinária Preventiva e Saúde Pública totalizou 11,64%, índice inferior à Zootecnia e Produção Animal com 17,96%. As matérias básicas representaram 27,42% e outros estilos de pensamento 4,36% (PFUETZENREITER;

ZYLBERSZTAJN, 2004). Ainda sobre estes aspectos, Bürger (2010) empreendeu um diagnóstico de situação acerca da qualidade do ensino nos cursos de graduação em Medicina Veterinária do Estado de São Paulo, que permitiu constatar que os estudantes desconhecem a importância da atuação do médico veterinário em Saúde Pública, não demonstrando interesse para as atividades relativas à área e mantendo-se direcionados para um perfil curativista de intervenção, sem consciência do seu papel junto à saúde da coletividade. A autora propõe uma reestruturação no ensino médico-veterinário com a integração das diversas áreas de atuação e utilização da estratégia da interdisciplinaridade.

Nessa perspectiva, desponta o conceito de uma nova formação e um novo profissional, cuja formação básica deve estar associada a bases humanísticas e filosóficas mais abrangentes (BARCELLOS et al., 2012). As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina Veterinária preconizam as competências que devem fazer parte do rol de objetivos de aprendizagem, como atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2003). No entanto, evidencia-se uma lacuna no que se refere ao desenvolvimento dessas competências, podendo acarretar uma possível perda no espaço profissional, especialmente em posições de destaque, como cargos governamentais, executivos e de liderança (CFMV, 2013).

Diante do exposto, é válido considerar que o ensino de Medicina Veterinária deve preparar profissionais para o exercício das atividades do futuro e não apenas para o presente (OLIVEIRA FILHO; SANTOS; MONDADORI, 2009). Para o campo da Medicina Veterinária Preventiva e Saúde Pública, recomenda-se um plano de ensino que permita aos estudantes a aquisição de conhecimentos e experiências que auxiliem as populações humanas a enfrentarem seus principais desafios, bem como, o desenvolvimento de habilidades para trabalhar de forma interdisciplinar e em equipes multiprofissionais, correspondendo os anseios da atualidade (PFUETZENREITER; ZYLBERSZTAJN, 2008; CRUZ, 2015).

Saúde Única

A saúde única é uma abordagem que busca integrar diversas estratégias, reunindo esforços colaborativos e expandindo a comunicação interdisciplinar, voltada para o cuidado da saúde das pessoas, animais e meio ambiente (GIBBS, 2014). Os três pilares homem-animal-ambiente sempre estiveram interligadas, no entanto, os processos biológicos, sociais e

econômicos ocorridos nos últimos anos conduziram a um estreitamento entre essas relações de tal forma que facilitou a disseminação de agentes infecciosos e parasitários para novos hospedeiros e ambientes, implicando em emergências de interesse nacional ou internacional (BRASIL, 2010). Acerca da amplitude desta interação e da importância das abordagens sob a perspectiva da saúde única destaca-se a reflexão:

"Em um mundo onde nenhuma criatura é verdadeiramente isolada e doenças se espalham tão rápido como jatos podem voar ...qualquer espécie pode ser uma sentinela de perigo - mas somente se a mais ampla gama de profissionais de saúde estiver prestando atenção." (NATTERSON-HOROWITZ; BOWERS, 2012).

O termo específico 'Saúde Única' ('One Health') foi utilizado pela primeira vez em 2003, mas seus fundamentos são reconhecidos desde o próprio surgimento da medicina, com os estudos comparativos entre espécies e a busca por compreender as relações existentes entre a saúde do homem e dos animais (DESTOUMIEUX-GARZÓN et al, 2018). O quadro de estratégias em saúde única envolve grandes instituições internacionais responsáveis pela saúde pública e animal, incluindo a Organização Mundial de Saúde (WHO), a Organização para a Alimentação e Agricultura (FAO) e a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE), que em 2008 implementaram um acordo tripartite para trabalhar de forma mais integrada a interface homem-animal-ambiente (FAO; OIE; WHO, 2010). Em 2012, o Banco Mundial publicou uma avaliação dos benefícios econômicos das abordagens em Saúde Única (WORLD BANK, 2012). Desta forma, considerando o cenário em construção, na última década, vários países têm realizado reuniões, simpósios, publicações, programas universitários, medidas de gestão de saúde e projetos de pesquisa voltados aos estudos em saúde única, assim, tem emergido uma comunidade de prática em constante expansão e um número crescente de redes que promovem o uso do termo e de seus princípios (EVANS; LEIGHTON, 2014).

Os benefícios de uma abordagem em saúde única incluem: melhorar a saúde animal e humana globalmente através da colaboração entre todas as ciências da saúde para atender às necessidades críticas; enfrentar novos desafios globais através da colaboração entre várias profissões; desenvolver centros de excelência para educação e treinamento em áreas específicas através de uma melhor colaboração entre faculdades de medicina veterinária,

medicina humana e saúde pública; compartilhar conhecimento científico para criar programas inovadores para melhorar a saúde (AVMA, 2008).

Lerner e Berg (2015) destacam que diversos assuntos podem ser estudados a partir da abordagem em saúde única, tais como: vigilância em saúde, controle de vetores, bioterrorismo, doenças infecciosas e zoonoses, segurança alimentar e segurança de alimentos, resistência antimicrobiana, saneamento e riscos ambientais, conservação e sustentabilidade do meio ambiente, mudanças climáticas, vacinas, sociologia e economia da saúde, medicina comparada (câncer, doenças cardiovasculares e desordens metabólicas em humanos e animais).

É pertinente ressaltar que houve um aumento significativo na circulação de agentes infecciosos nas últimas décadas, soma-se a isso, o fato de que os riscos para ocorrência de pandemias tornaram-se cada vez mais críticos devido à disseminação e o surgimento de epizootias e zoonoses (TORREY; YOLKEN, 2005). Neste contexto, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) publicou dados que apontam que mais de 75% das doenças humanas emergentes do último século são de origem animal (UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT, 2009). A referida agência considera, ainda, que a região Amazônica representa um dos futuros “hotspots”. Neste cenário, o Brasil está incluído na lista de países em que as zoonoses caracterizam-se como emergentes (JONES et al., 2008).

O termo zoonose emergente é utilizado para zoonoses recentemente conhecidas ou quando se trata de uma zoonose de ocorrência anterior, mas que teve um aumento na incidência ou na expansão em uma área geográfica, ou alterações no comportamento do vetor ou hospedeiro (CUTLER et al., 2010). No último século, considera-se a emergência ou reemergência de, pelo menos, 14 doenças infecciosas ou parasitárias, com destaque para dengue, chikungunya, zika, febre amarela, sarampo, tuberculose, ebola, SARS, varíola, HIV/AIDS, gripes (influenzas humana, aviária ou suína) e tripanossomíases (SELEEM et al., 2010). Um dos principais fatores que explicam a ocorrência recente de novas doenças é a expansão da população humana associada à globalização que favorece novos hábitos e gera padrões diferenciados para comércio e viagens, além das mudanças no habitat terrestre, poluição e expansão da produção animal (PANDA et al., 2008).

Zanella (2016) ressalta que a detecção precoce e a notificação de doenças, bem como o compartilhamento de informações acerca destes processos são cruciais para uma pronta-resposta no âmbito nacional e global. Para a contingência de doenças emergentes, as autoridades locais – das áreas de saúde, agricultura e meio-ambiente – devem colaborar de forma transparente, e os governos devem utilizar a colaboração internacional para prevenção e vigilância, desta forma a abordagem em saúde única torna-se ferramenta fundamental para colaborar junto a esta dinâmica.

Apesar das evidências dos enormes custos sociais e econômicos advindos da fragilização dos governos em atingir seus objetivos em saúde, investimentos coesos e coletivos voltados à identificação do surgimento de ameaças à saúde e o controle de suas consequências, por meio de uma abordagem integrada, horizontal, transdisciplinar conforme defendido pelo conceito de saúde única, ainda são muito incipientes (EVANS; LEIGHTON, 2014).

Ressalta-se que o êxito na adoção de estratégias em Saúde Única exige a superação de muitas barreiras, incluindo o desafio de ressignificar as disposições conceituais de profissionais de saúde, na maioria das vezes, centradas no modelo biomédico para o modelo holístico. Deve-se considerar, ainda, que as múltiplas especialidades no campo da saúde favorecem a fragmentação do conhecimento, desta maneira, torna-se importante refletir acerca do modelo educacional que têm focalizado a intensa especialização, perdendo, por vezes, a visão sistêmica e integrativa do todo (AVMA, 2008). Neste sentido, diversos estudos têm sido conduzidos com o intuito de favorecer a construção de uma aprendizagem transversal, interdisciplinar e integrativa, mediante abordagens multidisciplinares e multiprofissionais, encorajando o desenvolvimento de competências relativas a valores humanísticos, como ética, liderança, gestão e cooperação.

Faz-se importante destacar que há uma aproximação entre os princípios da saúde única e da saúde coletiva que fundamenta o Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio dos programas de vigilância em saúde, que abrangem as dimensões sanitária, ambiental e epidemiológica, o SUS já favorece o fortalecimento da prática em saúde única. Outro setor propício para a implementação de ações de saúde única refere-se ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), no qual a efetiva participação do profissional médico veterinário pode fomentar a abordagem voltada à interface da saúde

humana, animal e ambiental, colaborando para a superação das dificuldades enfrentados pela coletividade dos territórios.

Referências

ALAION, A. R. **Narrativas de um trabalho em saúde na Atenção Básica: território, NASF e produção do cuidado.** Dissertação (Mestrado)-Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2017.

ALVES, A. C. R. **Gestão da assistência à saúde no HU/CAS/UFJF: uma discussão sobre o modo tecnológico de intervenção.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

AMERICAN VETERINARY MEDICAL ASSOCIATION (AVMA). One Health Initiative Task Force. **One Health: A New Professional Imperative.** Schaumburg IL, USA. 2008.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. **SUS Passo a Passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais.** 2ª ed . São Paulo: HUCITEC, 2007.

ARAÚJO, M. M. **Inserção do médico veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: estudos, perspectivas e propostas.** Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, 2013.

BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexão sobre a condução nacional da política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p.615-626, 2007.

BARCELLOS, J. O. J.; FILHO, C. H. A. R.; RÊGO, G. M. C. P.; SILVEIRA, M. H. P.; ZANCO, N. A.; OAIGEN, R. P.; ARAÚJO, R. B.. Uma nova agenda para Médicos Veterinários e Zootecnistas. **Revista CFMV**, Brasília, n. 61, p.12-13, abr. 2014.

BEHERING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e da outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 1990a.

_____. **Lei n. 8.142, de 28 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, p. 25694-25695. 31 dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde.** Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família.** Brasília, DF, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos.** Rio de Janeiro, 2001.

_____. Resolução n1/03-Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina Veterinária.** Diário Oficial da União. Brasília, n.37, p.15-16, 20 de fevereiro de 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo.** Brasília, DF: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2006b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS.** Brasília, DF, 2007b. (Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, 12).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF, 2007a. (Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, 1).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 154/GM, de 24 de Janeiro de 2008.** Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio as Equipes de Saúde da Família. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 24 Jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF.** Brasília: Ministério da Saúde, 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica, n. 27), 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação epidemiológica das zoonoses de interesse para a Saúde pública. **Boletim Eletrônico epidemiológico**, ano 10, n. 2, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/ GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.48-55, 24 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 3.124, de 28 de dezembro de 2012.** Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas,

cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Gabinete do Ministro. Seção 1, p. 233, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 116p. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 39), 2015.

_____. Ministério Da Saúde. **Portaria No 2.436, de 21 de 8 setembro de 2017** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67-76, 2017. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso: jan/2019.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2018. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>. Acesso em Nov/2018.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, A. E. [et al.] (orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BÜRGER, K. P. **O ensino de Saúde Pública Veterinária nos cursos de graduação em Medicina Veterinária no Estado de São Paulo**. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Veterinária) – Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Jaboticabal, 2010.

CAVALCANTI, L. F.; ZUCCO, L. P. **Política de Saúde e Serviço Social**. In: CAVALCANTI, L. F.; REZENDE, I. (orgs). *Serviço Social e Políticas Sociais*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA VETERINÁRIA – CNSPV. NASF: do abstrato ao concreto. **Revista CFMV**, a. 18, n. 56, p. 69-71, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA: **Medicina Veterinária Foco na Educação**. Brasília: Conselho Federal de Medicina Veterinária, v. 60, nov. 2013.

CORREIA, A. D. M. S.; GENIOLE, L. A. I.; KODJAOGLANIAN, V. L.; VIEIRA, C. C. A. (Org). **Bases legais do SUS: leis orgânicas da saúde**. In: Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família. Campo Grande, MS: UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010.

COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental**, Barbacena, v.5, n. 8, p. 107-124, 2007.

CRUZ, C. A. **O ensino da saúde pública veterinária nos cursos de graduação em medicina veterinária da região sudeste do Brasil.** Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, 2015.

CRUZ, M. M.; SOUZA, R. B. C.; TORRES, R. M. C.; ABREU, D. M. F.; REIS, A. C.; GONÇALVES, A. L. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 124-39, 2014.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, Washington, v.94, n.11, p.1864-1874, 2004.

CUTLER, S. J.; FOOKS, A. R.; POEL, W. H. M. van der. Public health threat of new, reemerging, and neglected zoonoses in the industrialized world. **Emerging Infectious Diseases**, v.16, p.1-7, 2010.

DESTOUMIEUX-GARZÓN, D.; MAVINGUI, P.; BOETSCH, G.; BOISSIER, J.; DARRIET, F.; DUBOZ, P.; FRITSCH, C.; GIRAUDOUX, P.; LE ROUX, F.; MORAND, S.; PAILLARD, C.; PONTIER, D.; SUEUR, C.; VOITURON, Y. The One Health Concept: 10Years Old and a Long Road Ahead. **Front Vet Sci**. v. 5, n. 14, 2018.

EVANS, B. R.; LEIGHTON, F. A. A history of One Health. **Rev. Sci. Tech. Off. Int. Epiz.**, vol. 33, n. 2, p. 413-420, 2014.

FARIAS, D. N. **A interdisciplinaridade na prática profissional na estratégia da saúde da família.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

FIGUEIREDO NETO, M. V.; SILVA, P. F.; ROSA, L. C. S.; CUNHA, C. L. F.; SANTOS, R. V. S. G. **O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas.** In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIII, n. 76, maio 2010. Disponível em: http://ambitojuridico.com.br/site/index.php?artigo_id=7781&n_link=revista_artigos_leitura Acesso em jan 2019.

FINKELMAN, J., org. *Caminhos da saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

FOOD & AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO); WORLD ORGANISATION FOR ANIMAL HEALTH (OIE); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The FAO-OIE-WHO Collaboration. **Sharing responsibilities and coordinating global activities to address health risks at the animal-human-ecosystems interfaces.** A Tripartite Concept Note, 2010. Available at: www.who.int/influenza/resources/documents/tripartite_concept_note_hanoi_en/ (accessed on nov 2017).

GÁTTAS, M. L. B. Interdisciplinaridade em cursos de graduação na área de saúde da Universidade de Uberaba – Uniube. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

GIBBS, E.P.J. The Evolution of One Health: A Decade of Progress and Challenges for the Future. **Veterinary Record**. v. 174, p. 85-91, 2014.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária à saúde**. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. cap.16. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/CEBES, 2008.

GOZZI, A. P. N. F. **A prática no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF):** apoio matricial como inovação tecnológica em saúde. Tese (doutorado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.

GRIGOLETO, S. **A saúde e a pobreza no Brasil:** um desafio ético-moral à luz da doutrina social da igreja.1. ed. Maringá, PR: Humanitas Vivens, 2014.

HADDAD, A. E.; MORITA, M. C.; PIERANTONI, C. R.; BRENELLI, S. L.; PASSARELLA, T.; CAMPOS, F. E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.3.p.383-393, 2010.

JONES, K. E. et al. Global trends in emerging infectious diseases. **Nature**, vol. 451, 990-993, 21, 2008.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**. v.15, n. 5, p. 2307-316, 2010.

LAVRAS, C. Atenção primária à Saúde e a organização de redes regionais de atenção a saúde no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p.867-74, 2011.

LERNER, H.; BERG, C. The concept of health in One Health and some practical implications for research and education: what is One Health? **Infection Ecology & Epidemiology**. v. 5, 2015.

LIMA, N. T. **O Brasil e a organização Pan-americana da saúde:** Uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, J., org. *Caminhos da saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

LOBATO, L.V. C. **Políticas Sociais e de Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública:** a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. São Paulo: Brasiliense, 1985.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018.

OLIVEIRA FILHO, B. D.; SANTOS, F. L.; MONDADORI, R. G. O ensino da medicina veterinária: realidade atual e perspectivas. **Revista CFMV**, Brasília/DF, ano XV, n.46, p. 69-72, 2009.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

PANDA, A.K.; THAKUR, S.D.; KATOCH, R.C. Rabies: control strategies for Himalayan states of the Indian subcontinent. **Journal of Communicable Diseases**, v.40, p.169-175, 2008.

PFUETZENREITER, M. R.; ZYLBERSZTAJN, A. Teaching of health and the curricula of schools of veterinary medicine: a case study. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 349-360, 2004.

PFUETZENREITER, M. R.; ZYLBERSZTAJN, A. Percepções de estudantes de medicina veterinária sobre a atuação na área da saúde: um estudo baseado na idéia de “estilo de pensamento” de Ludwik Fleck. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup 2):2105-2114, 2008.

RADOSTITS, O. M. Engineering veterinary education: A clarion call for reform in veterinary education –let’s do it! **J. Vet. Med. Educ.**, 30(2):176-190, 2003.

RONCOLETTA, A. F. T.; MORETO, G.; LEVITES, M. R.; JANAUDIS, M. A. **Princípios da medicina de família**. São Paulo: Sobramfa, 2003.

SALVADOR, M. A. C.; TERRA, P. V. O.; ARÊAS, R. S. **Política de saúde no Brasil: história e desafios atuais**. In: Anais da VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, 2015.

SELEEM, M.N.; BOYLE, S.M.; SRIRANGANATHAN, N. Brucellosis: a re-emerging zoonosis. **Veterinary Microbiology**, v.140, p.392-398, 2010.

SILVA, H. M. **A política pública de saúde no Brasil: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS**. Dissertação - Fundação Getúlio Vargas. Escola Brasileira de Administração Pública, 1996.

SILVA. I. D.; SILVEIRA, M. F. A. A formação e a humanização do profissional em fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 1535-1546, 2011.

SORDI, M. R. L.; BAGNATO, M. H. S. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Rev.latino-am. Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 83-88, 1998.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS: A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. Monografia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. 2002.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 3, p. 3615-624, 2010.

TORREY, E. F.; YOLKEN, R.H. **Beasts of the Earth: animals, humans and disease**. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2005.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “Pacto de gestão no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007.

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT. **USAID launches Emerging Pandemic Threats program**. Washington, 2009. Acesso em: 8 ago. 2018.

VENTURA, D. F. L. **Direito institucional sanitário**. In: ARANHA, M. I. (Org.). *Direito sanitário e saúde pública: coletânea de textos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n.3, p. 493-507, 2002.

WORLD BANK. **People, pathogens and our planet**. Vol. 2: The economics of One Health. Report no. 69145-GLB. World Bank, Washington, DC, 2012.

ZANELLA, J. R. C. Zoonoses emergentes e reemergentes e sua importância para saúde e produção animal. **Pesq. agropec. bras.**, Brasília, v.51, n.5, p.510-519, maio 2016.

CAPÍTULO II

Saúde única: reflexões sobre a interface homem-animal-ambiente mediante uma ação multidisciplinar de educação em saúde

Artigo submetido à publicação na revista *Ciência e Saúde Coletiva*
(comprovante nos anexos)

“Não há saber maior ou saber menor: há saberes diferentes.”

(Paulo Freire)

Saúde única: reflexões sobre a interface homem-animal-ambiente mediante uma ação multidisciplinar de educação em saúde

One Health: reflections on the man-animal-environment interface through a multidisciplinary action of health education

Talícia Maria Alves Benício, Ana Célia Rodrigues Athayde

RESUMO: A abordagem em Saúde Única considera as relações que se estabelecem entre a tríade composta pela saúde humana, animal e ambiental, e busca, por meio da integração de conhecimentos multidisciplinares, construir estratégias mais resolutivas para a saúde da coletividade. Este artigo relata a experiência vivenciada no decorrer da realização de uma ação educativa em saúde única. Neste ínterim, foram construídos grupos de trabalho (GT's) com estudantes de graduação de diversas áreas do conhecimento - Nutrição, Enfermagem, Medicina, Ciências Biológicas e Medicina Veterinária – o que permitiu significativa troca de saberes e partilha de vivências em distintos cenários da área de saúde. As seguintes temáticas foram trabalhadas sob a perspectiva da saúde única: transtorno de acumulação; resistência a antibióticos; tuberculose zoonótica; potencial risco zoonótico para a transmissão da hanseníase; e segurança de alimentos. Mediante a experiência vivenciada e considerando o atual contexto de saúde e sociedade, evidencia-se a relevância de ações educativas com abordagens inter, trans e multidisciplinares, de modo que o conhecimento sistêmico e integrado possa refletir em ações mais sustentáveis e eficazes para a prevenção de doenças e promoção de saúde nas comunidades.

Palavras-chave: saúde coletiva; zoonoses; prática interdisciplinar.

ABSTRACT: The One Health approach considers the relationships between the human, animal and environmental health, and seeks, through the integration of multidisciplinary knowledge, to construct more effective strategies for the global health. This is a report of a multidisciplinary educational action on one health. In the meantime, groups were created with undergraduate students from several courses - Nutrition, Nursing, Medicine, Biological Sciences and Veterinary Medicine - that enabled a significant exchange of knowledge and sharing of experiences in different health settings. The following themes were discussed on the one health perspective: hoarding disease; antibiotic resistance; zoonotic tuberculosis; potential zoonotic risk for transmission of leprosy; and food safety. Through this experience and considering the current context of health and society, it is evident the relevance of educational actions with inter, trans and multidisciplinary approaches, so that the systemic and integrated knowledge can reflect in more sustainable and effective actions for the prevention of diseases and health promotion in communities.

Keywords: public health; zoonoses; interdisciplinary placement.

Introdução

O termo Saúde Única (One Health) foi utilizado pela primeira vez em 2003, mas seus fundamentos são reconhecidos desde o próprio surgimento da medicina, e conceitualmente refere-se à compreensão das relações existentes entre a saúde humana, animal e ambiental. É um campo de estudo emergente que conta com a comunicação interdisciplinar, colaboração multiprofissional e esforços intersetoriais para abordar questões de saúde, tais como doenças zoonóticas, impactos das mudanças climáticas e demais temas relativos ao vínculo homem-animal-ecossistemas, seja em âmbito local ou globalmente¹.

É válido ressaltar que grandes impactos à saúde global decorrem do crescimento acelerado da população humana, o que tem gerado uma intensa pressão nos setores agropecuários voltados à produção de alimentos, bem como, uma invasão aos habitats naturais de diversas espécies da fauna e da flora, provocando, desta maneira, um desequilíbrio nos mais variados ecossistemas².

Além disso, um aumento significativo na circulação de agentes infecciosos foi evidenciado na última década. Considera-se que os riscos para ocorrência das pandemias tornaram-se cada vez mais críticos devido à disseminação e o surgimento de epizootias, zoonoses e epidemias¹. Neste aspecto, a literatura³ aponta que dentre as 1.461 doenças infecciosas conhecidas em humanos, aproximadamente 60% são decorrentes de patógenos associados a múltiplas espécies de hospedeiros. Ademais, cerca de 75% das doenças infecciosas que surgiram nas últimas três décadas são de origem zoonótica⁴. Desta maneira, presumi-se que a nossa crescente interdependência com os animais e seus produtos seja um importante fator de risco para a ocorrência de doenças infecciosas².

É neste cenário que as populações humana e animal tiveram sua saúde ameaçada pela resistência antimicrobiana, poluição ambiental e desenvolvimento de doenças multifatoriais e crônicas, colocando, assim, em evidência a crescente globalização dos riscos à saúde e a importância de estudos que trabalhem na perspectiva da interface homem-animal-ambiente¹.

À luz do exposto, considera-se que a acentuada convergência de pessoas e animais em interação com o meio ambiente criou uma nova dinâmica, na qual a saúde de cada um destes grupos está inexoravelmente interligada a dos demais. Os desafios associados a esta dinâmica são exigentes, profundos e sem precedentes². Sendo assim, o quadro de estratégias em saúde única envolve grandes instituições internacionais responsáveis pela saúde pública e animal, incluindo a Organização Mundial de Saúde (WHO), a Organização para a Alimentação e Agricultura (FAO) e a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE)⁵.

Diante desta problemática, é notório que a educação multidisciplinar e a prática colaborativa multiprofissional são essenciais para que os princípios da Saúde Única sejam operacionalizados. Neste sentido, estudos⁶⁻¹² em diversos cenários têm sido conduzidos, no entanto, dados relativos especificamente à abordagem multidisciplinar em saúde única são ainda incipientes, especialmente, na conjuntura brasileira.

Este artigo consiste em um relato de experiência, onde são descritos os processos de construção de uma ação educativa multidisciplinar em saúde única, tendo como objetivo norteador contribuir para as reflexões acerca das relações que se estabelecem e se conectam entre a saúde das populações humana e animal e do meio ambiente em que estão incluídas.

Contextualizando a ação

A ação educativa ocorreu em praça pública, na data 08 de novembro de 2017, na cidade de Patos, no estado da Paraíba, havendo sido denominada I Mostra de Saúde Única

(MSU). Foi idealizada a partir de um contexto mais amplo em que se estrutura um projeto de doutoramento vinculado ao Programa de Pós-graduação em Medicina Veterinária da Universidade Federal de Campina Grande, desta forma, o presente relato configura-se como um recorte da referida tese.

É pertinente destacar que a proposta com informações acerca da realização da MSU foi encaminhada para análise da Comissão Internacional de Saúde Única (One Health Commission), sendo aprovada e incluída na lista de eventos do ano de 2017 em comemoração ao dia internacional de saúde única (OHD – One Health Day). A One Health Commission é uma organização global, sem fins lucrativos, formada em 2009 e sediada nos Estados Unidos, que conta com a participação de várias universidades, fundações e organizações profissionais, e tem por objetivo formar redes de cooperação, divulgar o conceito e auxiliar na implementação de estratégias em saúde única em todo o mundo.

Compondo a equipe para a abordagem multidisciplinar

A equipe foi composta por vinte estudantes de duas Instituições de Ensino Superior. Sendo que, vinculados às Faculdades Integradas de Patos, tivemos acadêmicos dos cursos de Bacharelado em Nutrição, Bacharelado em Enfermagem e Medicina; e provenientes da Universidade Federal de Campina Grande, discentes dos cursos de Medicina Veterinária e Ciências Biológicas.

A maioria destes estudantes já havia cursado pelo menos a metade das suas respectivas graduações, o que garantiu certa vivência acadêmica, contribuindo para a melhor fluidez das discussões nos grupos de trabalho (GTs). Os acadêmicos foram direcionados aos grupos considerando a afinidade com as temáticas e a proposta multidisciplinar, sendo que alguns optaram por participar de mais um GT.

Dinâmica dos grupos de trabalho

A princípio, foi feita uma apresentação do tema centralizador a todos os integrantes, já que havia sido detectado que a maioria desconhecia o termo “saúde única” ou “one health”. Aberto o debate, notou-se que embora o termo específico não fosse conhecido, o conceito era compreendido com facilidade e associado a situações práticas com as quais já haviam se deparado nas suas vivências acadêmicas.

Foram organizados cinco GTs de acordo com as seguintes temáticas: transtorno de acumulação; resistência a antibióticos; tuberculose zoonótica; potencial risco zoonótico para a transmissão da hanseníase; e segurança de alimentos. Ressalta-se que os grupos, embora autônomos em suas dinâmicas, mantiveram-se em comunicação e colaboração durante todo o seu decurso.

As discussões foram conduzidas ao longo de dois meses, tanto de forma presencial, quanto à distância através de aplicativos de celular. O direcionamento proposto foi de que cada tema deveria ser, inicialmente, estudado dentro da esfera de saber específica de cada graduação em curso. Em seguida, o conhecimento seria socializado no grupo, aprofundado através de debate mediado e, por fim, reestruturado sob a perspectiva integradora da multidisciplinaridade e organizado no formato a ser exposto durante a ação educativa. Todas as percepções, reações e desdobramentos das discussões nos GTs foram registrados em atas.

O dia da Mostra de Saúde Única

A MSU foi incluída na programação de um simpósio cujo tema central era “Abordagens Multidisciplinares em Saúde”. O público alvo consistiu em acadêmicos e profissionais da saúde, estudantes do ensino médio de escolas públicas e privadas da cidade, bem como, população leiga em geral, uma vez que foi realizada em praça pública.

Os temas foram trabalhados mediante exposição oral facilitada através de banners, cartazes e folders informativos e mesa demonstrativa. Os subtópicos a seguir discorrem acerca de cada temática. As reações do público e suas interações foram anotadas e posteriormente partilhadas na reunião de avaliação da mostra.

Transtorno de acumulação

O transtorno de acumulação é uma desordem neuropsiquiátrica que devido à amplitude e gravidade de suas consequências é considerado problema de saúde pública¹³. A pessoa enferma demonstra uma verdadeira compulsão por guardar objetos e/ou animais associada a uma dificuldade extrema de desfazer-se dos mesmos, o que desencadeia prejuízos em diferentes aspectos de sua vida pessoal, atingindo também a população em seu entorno¹⁴.

Gómez-Feria¹⁵ alerta para o fato de que o ambiente de acumulação é propício para o desenvolvimento de insetos e animais sinantrópicos que podem atuar como vetores ou reservatórios para diversos agentes infecciosos, e nos casos em que há acumulação de animais, o risco para a transmissão de zoonoses é significativamente potencializado.

Evidencia-se, com base no exposto, que o transtorno de acumulação deve ser analisado em uma perspectiva multidisciplinar. No entanto, foi possível perceber que este era um assunto pouco compreendido, inclusive por acadêmicos e profissionais de saúde que estavam presentes na mostra. No geral, as informações que detinham eram provenientes de programas veiculados pela mídia, que costuma, na maioria das vezes, explorar o assunto de forma sensacionalista. A população leiga, ao interagir, demonstrou perplexidade ao saber que esse comportamento caracterizava uma enfermidade. Algumas pessoas recordaram casos de acumulação que ocorreram na cidade e que ganharam notoriedade, e destacaram que em

nenhum momento a condição foi apresentada como uma doença e que o indivíduo acumulador foi, diversas vezes, posto em condições constrangedoras.

É imprescindível destacar que a pessoa acumuladora não tem consciência da gravidade do seu comportamento, julgam-no normal e resistem a qualquer tentativa de ajuda. Comumente, a assistência só chega após a intervenção da família, denúncias ao ministério público, ameaça de despejo ou de condenação habitacional¹⁶. Neste sentido, as equipes de saúde devem ser capacitadas para identificação dos primeiros sinais da enfermidade, uma vez que quanto mais precoce o diagnóstico e o tratamento, melhor a evolução do caso.

Este tema foi recebido pelos membros do GT com curiosidade e cautela, uma vez que desconheciam a complexidade da problemática. No decorrer dos encontros, com o aprofundamento do estudo, tornou-se clara a mudança de postura dos componentes da equipe, uma vez apropriados do conhecimento, passaram a expor ideias e propor intervenções para futuros projetos tanto junto à comunidade quanto aos próprios profissionais da saúde.

Para construir os debates, os conhecimentos advindos da enfermagem e da medicina auxiliaram nas questões relativas à saúde mental e assistência à pessoa acumuladora, considerando, especialmente o contexto do SUS; as contribuições da medicina veterinária foram importantes para o entendimento da problemática referente ao bem-estar animal e riscos para a transmissão de zoonoses; os saberes inerentes às ciências biológicas cooperaram para a melhor compreensão acerca da dinâmica de insetos (baratas, moscas, carrapatos, formigas e mosquitos) em ambientes de acumulação, o que pode implicar na disseminação de diversos patógenos.

As principais observações dispostas neste GT apontaram para: 1) a necessidade de políticas públicas específicas para situações de acumulação, determinando os órgãos e setores

responsáveis por intervir e suas atribuições; 2) o transtorno de acumulação, da mesma forma que outros acometimentos mentais, tem se tornado cada vez mais frequente, exigindo, assim, medidas de educação continuada junto aos profissionais de saúde para que possam prestar a devida assistência à pessoa acumuladora; 3) os agentes comunitários de saúde foram citados como possíveis e importantes colaboradores para a identificação de casos de acumulação, já que estes profissionais têm um contato mais próximo e de confiança com a comunidade, podendo detectar com mais facilidade os indícios de que materiais e/ou animais vêm sendo acumulados nos domicílios do território; 4) foi considerado que os NASFs podem contribuir junto a essa problemática, uma vez que conta com equipes multiprofissionais; 5) foi ressaltada a importância da colaboração do médico veterinário para distinguir os casos em que há, de fato, acumulação de animais, daqueles em que há apenas a guarda de um grande número de animais, já que cabe a este profissional avaliar e diagnosticar as condições de saúde e bem-estar animal; 6) constatou-se que é necessária a elaboração de estratégias voltadas à conscientização da população, para que atitudes de desrespeito à pessoa acumuladora sejam coibidas.

Resistência a antibióticos

A resistência a antibióticos é considerada, em todo o mundo, um sério problema de saúde pública. Uma lista crescente de infecções - como pneumonia, tuberculose, gonorreia e doenças transmitidas por alimentos - está se tornando mais difícil, e algumas vezes impossível, de tratar, à medida que os antibióticos se tornam menos eficazes¹⁷. Dados referentes ao Departamento de Saúde dos Estados Unidos¹⁸ indicam que, anualmente, pelo menos 2 milhões de pessoas são infectadas com bactérias multirresistentes a antibióticos e 23.000 pessoas morrem em consequência dessas infecções.

A problemática da resistência antimicrobiana perpassa pelo âmbito da pecuária, uma vez que, objetivando a maior produtividade e a competitividade econômica, o uso de antibióticos com fins profiláticos e de promoção do crescimento em animais de produção tem sido cada vez mais frequente¹⁹.

Neste sentido, estimativas reportam que no ano de 2001, cerca de 11 milhões de kg de agentes antimicrobianos foram destinados para a produção animal, apenas nos EUA²⁰. Como o setor agropecuário cresce a cada ano, acredita-se que atualmente esses valores estejam muito acima do que indica a referência citada. O intenso uso de antibióticos na pecuária favorece a seleção e disseminação de bactérias multirresistentes, muitas das quais podem causar doenças em humanos e têm rotas fáceis para alcançar esta população: através da comida, do meio ambiente e de indivíduos que trabalham com estes animais¹⁷. Além disso, a excreção dos antibióticos, por meio das fezes e urina dos animais, contamina o solo e pode escoar para corpos hídricos, comprometendo diversos ecossistemas²⁰.

Sobre essa temática, foi possível perceber que acadêmicos, profissionais de saúde e população leiga, já detinham, em diferentes níveis, conhecimento acerca da resistência a antibióticos e o surgimento das superbactérias multirresistentes. No entanto, nas reuniões do GT e na própria mostra, com exceção do conhecimento de estudantes e profissionais da área de Medicina Veterinária, evidenciou-se a falta de informação acerca da utilização de antibióticos, em larga escala, na pecuária, e as possíveis complicações associadas a esta prática.

As principais ponderações feitas no decurso deste GT voltaram-se para os seguintes pontos: 1) os profissionais da área de saúde que prescrevem medicamentos devem atentar-se para não banalizar a prescrição de antibióticos, buscando estabelecer um diagnóstico

etiológico antes da prescrição; 2) os pacientes, os tutores e produtores de animais devem ser orientados para seguir rigorosamente as orientações médicas quanto ao esquema terapêutico prescrito, respeitando os horários e duração do tratamento; 3) são necessárias mais pesquisas voltadas à busca por alternativas ao uso de antibióticos em animais de produção e maior fiscalização no setor agropecuário para que seja respeitado o tempo pós-uso de cada classe de antibióticos antes da comercialização dos produtos de origem animal; 4) foi levantada a hipótese de que o mito existente em relação à presença de hormônios na carne de frango, pode estar sendo reforçado ao se afirmar que são utilizados “promotores do crescimento” na ração, o que pode induzir a população leiga e profissionais de áreas não afins à medicina veterinária a entender que são utilizados compostos hormonais, sendo, portanto, necessários mais meios informativos para elucidar com consistência essa questão; 6) os profissionais de saúde devem ser incentivados a desenvolver práticas de educação continuada para conscientizar a população quanto ao uso adequado dos antibióticos, bem como, orientar para que medidas de higiene cotidiana (lavagem correta das mãos, cuidados com a água e higienização dos alimentos, etc) sejam adotadas, diminuindo o risco de infecções.

Tuberculose zoonótica

A tuberculose (TB) é uma das mais importantes doenças infecciosas do mundo, causando, globalmente, em torno de 5 mil mortes por dia²¹. O *Mycobacterium tuberculosis* é o agente responsável pela maioria dos casos de tuberculose na população humana, no entanto, o *Mycobacterium bovis*, cujos principais hospedeiros são os bovinos, também podem desencadear a tuberculose zoonótica em humanos²². A Organização Mundial de Saúde juntamente com outras instituições internacionais apresentaram, em setembro de 2017, uma agenda com metas que buscam controlar a epidemia global de tuberculose até 2030, sendo que a via zoonótica é considerada um dos grandes desafios²³.

A principal via de transmissão do *M. bovis* às pessoas é indireta, ocorrendo principalmente por meio do consumo de leite e derivados. Embora, menos comumente, a transmissão também pode acontecer através do consumo de carnes mal cozidas²². Sendo assim, destaca-se a importância dos processos de pasteurização do leite e também dos serviços públicos de inspeção dos produtos de origem animal.

A exposição deste tema permitiu detectar, a partir das interações e reações de surpresa e de preocupação por parte da população em geral, que ainda existe um desconhecimento quanto à possibilidade de transmissão da tuberculose através de alimentos. É um assunto comumente abordado no cenário da medicina veterinária, mas que precisa estender-se com maior eficiência às demais áreas de saúde.

A principal referência bibliográfica norteadora utilizada foi, à época, o recém-publicado guia da Organização Mundial de Saúde, Roadmap for zoonotic tuberculosis²³. Na trajetória de construção deste GT destacaram-se as seguintes considerações: 1) presume-se que a tuberculose zoonótica é sub-diagnosticada, uma vez que não é possível diferenciar clinicamente as infecções causadas por *M. tuberculosis* e *M. bovis*, já que ambos podem desencadear lesões pulmonares e extrapulmonares, somado a isso, há o fato de que os procedimentos laboratoriais mais comumente utilizados para diagnosticar TB em pessoas, não diferenciam *M. tuberculosis* de *M. bovis*; 2) a TB zoonótica impõe desafios para o tratamento efetivo e recuperação do paciente, já que o *M. bovis* é resistente a pirazinamida e há relatos de resistência também a outras drogas tipicamente prescritas para o tratamento da tuberculose em humanos; 3) o controle com vistas à erradicação da doença nos rebanhos é imprescindível, portanto medidas preventivas e de diagnóstico devem ser priorizadas, bem como, pesquisas devem ser incentivadas para o melhor conhecimento da epidemiologia e comportamento do agente etiológico no ciclo silvestre; 4) é necessária a conscientização da população acerca das

vias de transmissão para que medidas preventivas sejam adotadas de modo eficaz, portanto, ações educativas em saúde única devem ser priorizadas.

Potencial risco zoonótico para a transmissão da hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, apresenta uma evolução lenta e desencadeia lesões neuro-dermatológicas²⁴. Cerca de 80% dos casos de hanseníase registrados no período de 2006 a 2013 concentraram-se no Brasil, Índia e Indonésia. As Américas registraram 27.356 casos em 2016, com o Brasil abrangendo 92,2% deste total²⁵. É importante destacar que em decorrência de fatores imunológicos, genéticos e ambientais, a maioria das pessoas expostas ao *M. leprae* não desenvolve a doença. Quanto aos mecanismos de transmissão, considera-se o contágio através dos aerossóis como a principal via²⁴. No entanto, fontes ambientais de *M. leprae* também vêm sendo estudadas, já havendo sido estabelecidos indícios da transmissão zoonótica através de tatus infectados²⁶⁻²⁸.

Ao ser levada esta temática para o GT, foi possível evidenciar a curiosidade despertada nos acadêmicos das diversas áreas, por ser um assunto ainda não completamente elucidado e que não havia sido abordado em seus campos de formação. A abordagem multidisciplinar permitiu contribuições específicas nos diversos âmbitos, de modo que o conhecimento advindo das ciências biológicas e medicina veterinária contribuíram para a melhor compreensão acerca das espécies de tatus, seus hábitos e dinâmica nos ecossistemas, e também das características microbiológicas do agente etiológico e epidemiologia da infecção; as áreas mais intimamente ligadas à assistência à saúde humana, como enfermagem e medicina, auxiliaram no entendimento da problemática voltada ao diagnóstico e adesão ao tratamento da hanseníase; os saberes próprios da nutrição contribuíram para que a discussão enveredasse pelo âmbito dos hábitos alimentares, remetendo ao consumo de carnes de animais provenientes de caça, que embora seja uma prática proibida, ainda é comum em algumas áreas do interior

do país.

Durante a mostra, mediante as interações com o público, foi possível perceber expressões de surpresa e inquietação da população em geral, cujos principais questionamentos apresentados referiam-se ao detalhamento da via de transmissão. No entanto, até o momento, as pesquisas não chegaram a uma conclusão quanto aos mecanismos exatos de como ocorre a transmissão da doença através do contato humano com os tatus.

Considerando a súmula de materiais estudados e debatidos, as seguintes informações e ponderações foram destacadas no decurso do GT: 1) no Brasil, as pesquisas voltadas à investigação da possível via zoonótica da hanseníase devem ser mais abrangentes, pois os trabalhos encontrados na literatura concentram-se em áreas específicas dos estados do Espírito Santo e Ceará; 2) em geral, os trabalhos buscam estabelecer correlações do contato de seres humanos com tatus e a ocorrência de hanseníase, evidenciando que um número significativo de portadores da doença relata contato com tatus previamente à infecção, seja através da manipulação ou consumo da carne destes animais; 3) uma vez que, de fato, seja estabelecida a possibilidade de transmissão da doença por via zoonótica, tem-se aí uma provável explicação para os casos em que há o desenvolvimento da hanseníase sem que os acometidos tenham tido contato próximo e prolongado com pacientes da forma multibacilar da enfermidade; 4) investigações referentes ao modo como ocorre a infecção nos tatus e as inter-relações do *M. leprae* com o ambiente (solo, água, temperatura, etc) podem contribuir para o melhor entendimento da via zoonótica; 5) ainda não foi evidenciado se a transmissão do agente etiológico, dos tatus para a população humana, ocorre através da ingestão da carne (via digestiva) ou do contato direto e indireto (através do solo, água) com os animais infectados (via percutânea); 6) ressalta-se que, independente da via de transmissão, a hanseníase tem

cura, devendo ser incentivados o diagnóstico e tratamento, bem como, combatidas quaisquer posturas que demonstrem preconceito e exclusão em relação à pessoa acometida por esta enfermidade.

Neste contexto, é pertinente destacar dados de um artigo²⁹ científico recém-publicado, em que foi estudada a prevalência da infecção pelo *Mycobacterium leprae* em tatus, no oeste do estado do Pará, região onde a hanseníase é endêmica em humanos. De uma amostra de 16 animais, foram encontrados 10 com diagnóstico positivo. Foram realizados, também, testes sorológicos para detecção de anticorpos específicos nas pessoas da região e investigadas as relações estabelecidas entre estas e os tatus. Os resultados obtidos reforçam a premissa que tatus representam um potencial reservatório ambiental, e, conseqüentemente, as pessoas que caçam, matam, processam e/ou comem a carne destes animais estão em maior risco de infecção por *Mycobacterium leprae*.

Segurança de alimentos

Doenças de origem alimentar abrangem todos os episódios clínicos desencadeados pela ingestão de alimentos que podem estar contaminados com microrganismos patogênicos (infecciosos e/ou toxigênicos), substâncias químicas, ou que apresentem em sua constituição estruturas naturalmente tóxicas³⁰. De acordo com o Ministério da Saúde³¹, existem mais de 250 tipos de doenças transmitidas por alimentos (DTAs), sendo a maioria desencadeada por bactérias e suas toxinas, parasitas e vírus. Mundialmente, a cada ano, pelo menos dois bilhões de pessoas são acometidas por doenças de origem alimentar, constituindo-se em um dos maiores problemas de saúde pública no mundo contemporâneo³².

A Autoridade Europeia de Segurança dos Alimentos³³ reporta que 95% dos casos de intoxicação alimentar decorrem de focos que se originam nas residências. No Brasil, a análise

epidemiológica apresentada pelo Ministério da Saúde³⁴ acerca dos surtos de DTA no período de 2000 a 2015, demonstra que 38,4% dos casos tiveram origem domiciliar, estando acima de todos os outros locais, inclusive de restaurantes, cuja ocorrência foi de 15,5%.

Estudos^{32,35-37} têm relatado que, em geral, o nível de conhecimento dos manipuladores de alimentos acerca da higiene pessoal e das boas práticas no preparo e armazenamento de alimentos é insuficiente. Referente aos consumidores considera-se que, em sua maioria, demonstram um baixo nível de conhecimento quanto à higiene pessoal e do ambiente em que são preparados os alimentos, detêm pouca informação sobre procedimentos de esterilização e uso apropriado de produtos detergentes e desinfetantes, sendo, também, relatadas dificuldades enfrentadas desde a compra até o armazenamento de diversos produtos, especialmente os de origem animal (carne, leite e ovos).

Com base nos apontamentos supracitados, compreende-se o atual cenário vivenciado no âmbito da segurança de alimentos. Esta é uma temática que naturalmente deve ser abordada sob a perspectiva da saúde única, uma vez que engloba e perpassa pela tríade que a compõe.

Os estudos e debates do GT basearam-se nos conhecimentos específicos trazidos pelos variados campos do saber: a medicina veterinária contribuindo com os tópicos referentes à tecnologia e inspeção de produtos de origem animal, bem como, com a compreensão das zoonoses transmitidas através dos alimentos; as ciências biológicas reforçando o entendimento no âmbito da problemática do meio ambiente; as áreas de saúde humana, como Nutrição, Enfermagem e Medicina, focalizando as questões epidemiológicas e assistenciais para os casos em que são diagnosticadas as DTAs.

Este grupo decidiu elaborar, para a MSU, uma mesa demonstrativa de segurança de alimentos, em que foram expostas técnicas para a higienização correta das mãos, dos alimentos e do ambiente em que estes são preparados. Foram confeccionados panfletos com informações referentes aos cuidados a serem observados desde a compra, manipulação, armazenamento e conservação dos alimentos.

As principais recomendações expostas desdobraram-se em: conservação dos alimentos em temperaturas adequadas; informações acerca de congelamento e descongelamento de alimentos; técnicas de higienização de vegetais que serão consumidos crus; importância de consumir alimentos pasteurizados e com selo de inspeção dos órgãos responsáveis; cuidados relativos aos utensílios e a higienização das superfícies utilizadas durante o preparo de alimentos; medidas para minimizar os riscos de contaminação cruzada; cuidados durante a manipulação de carnes cruas, alertando para o cozimento adequado destes produtos antes da sua ingestão; informações acerca da higiene pessoal necessária durante a manipulação dos alimentos; cuidados durante a compra e armazenamento de alimentos (observar datas de validade; evitar a compra de produtos enlatados quando as embalagens apresentam-se amassadas, estufadas, ou enferrujadas); aspectos gerais e medidas preventivas de algumas DTAs (salmonelose, listeriose, toxoplasmose, tuberculose zoonótica, clostridioses, teníase-cisticercose).

Foi possível identificar, no decorrer das interações com o público da mostra, dúvidas frequentes relativas aos diversos aspectos abordados, indicando que intervenções educativas referentes ao assunto devem ser conduzidas com maior frequência junto à população. É válido destacar que este grupo foi convidado, durante a apresentação da mostra, para expor a temática em escolas e unidades básicas de saúde, o que demonstra a necessidade e o interesse da população pelos assuntos explanados.

Considerações Finais

Planejar e executar ações educativas orientadas pelo conhecimento inter, trans e multidisciplinar, envolvendo acadêmicos de graduação de diversas áreas da saúde, se mostrou uma proposta desafiadora. No decurso dos grupos de trabalho foi necessário encontrar o equilíbrio que permitisse considerar as inclinações próprias de cada área de formação dos estudantes, sem deixar que as informações trazidas fossem dispostas como simples peças de um quebra-cabeça, mas, de fato, compreendidas sob a perspectiva dinâmica e holística da saúde.

As habilidades requeridas para lidar de modo eficiente com problemas complexos, transversais e intersetoriais, como os da área de saúde única, vão além da proficiência técnica, sendo necessário desenvolver também competências relativas a valores como liderança, cooperação e gestão. Para que se tenha no mercado de trabalho equipes multiprofissionais bem preparadas é importante que o desenvolvimento dessas competências se inicie durante o período de formação no ensino superior. Outro ponto a ser destacado refere-se à conscientização dos acadêmicos quanto a não existência de hierarquia de saberes, de forma que todas as áreas do conhecimento são valiosas, na mesma medida, para a operacionalização da saúde única.

A Mostra de Saúde Única se mostrou eficiente no cumprimento de seu intuito de iniciar, em âmbito local, a difusão da temática, despertando reflexões acerca dos processos pelos quais se estabelecem as interconexões entre a saúde humana, animal e ambiental. A partir da MSU, foi formado um grupo permanente de estudos em saúde única e práticas educativas vêm sendo conduzidas em escolas e unidades básicas de saúde.

Quanto maior o nível de sensibilização da população acerca de temáticas como as que foram trabalhadas na mostra aqui relatada, mais responsáveis tornam-se os indivíduos no sentido de adotar práticas preventivas e de atuar como multiplicadores deste conhecimento, além de contribuir para o exercício do controle social no intuito de que políticas públicas referentes à saúde única sejam efetivadas.

Referências

- 1- Destoumieux-Garzón D, Mavingui P, Boetsch G, Boissier J, Darriet F, Duboz P, Fritsch C, Giraudoux P, Le Roux F, Morand S, Paillard C, Pontier D, Sueur C, Voituren Y. The One Health Concept: 10Years Old and a Long Road Ahead. *Front Vet Sci.* 2018; 5:14.
- 2- American Veterinary Medical Association. One Health Initiative Task Force. 2008. *One Health: A New Professional Imperative.* Schaumburg, IL, USA.
- 3- Torrey EF, Yolken RH. *Beasts of the Earth: animals, humans and disease.* New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2005.
- 4- Taylor LH, Latham SM, Woolhouse ME. Risk factors for human disease emergence. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2001; 356:983–989.
- 5- Uchtmann N, Herrmann J, Hahn N, Beasley VR. Barriers to, efforts in, and optimization of integrated One Health surveillance: A review and synthesis. *EcoHealth* 2015; 12:368–384.
- 6- Rabinowitz PM, Natterson-Horowitz BJ, Kahn LH, Kock R, Pappaioanou M. Incorporating one health into medical education.(Report). *BMC Medical Education*, 2017; 17:1.
- 7- Putra TATR, Hezmee MNM, Farhana NB, Hassim HA, Intan-Shameha, AR, Lokman IH, Hamali AY, Salisi MS, Ghani AAA, Shahudin MS, Qayyum MAL, Hafandi A, Speare R, Fenwick SG. The application of One Health concept to an outdoor problem- based learning activity for veterinary students. *Veterinary World* 2016; 9(9):955-960.
- 8- Courtenay M, Sweeney J, Zielinska P, Brown B, La Ragione, R. One Health: An opportunity for an interprofessional approach to healthcare. *Journal of Interprofessional Care*, 2015; 29(6):641-643.
- 9- Aguirre AA, Beasley VR, Augspurger T, Benson WH, Whaley J, Basu N. One health- Transdisciplinary opportunities for SETAC leadership in integrating and improving the health of people, animals, and the environment. *Environ Toxicol Chem.* 2016; 35(10):2383-2391.
- 10- Reid S, Mckenzie J, Woldeyohannes S. One Health research and training in Australia and New Zealand. *Infection Ecology & Epidemiology*, 2016; 6(1):1-9.

- 11- Stroud C, Kaplan B, Logan J, Gray G. One Health training, research, and outreach in North America. *Infection Ecology & Epidemiology*, 2016;6(1):10-16.
- 12- Winer JN, Nakagawa K, Conrad PA, Brown L, Wilkes M. Evaluation of medical and veterinary students' attitudes toward a one health interprofessional curricular exercise. *Journal of Interprofessional Care*, 2015; 29(1):49-55.
- 13- Frost RO, Steketee G, Williams L. Hoarding: A community health problem. *Health Soc Care Comm*. 2000; 8:229–234.
- 14- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publ (2013).
- 15- Gómez-Feria PI. Formas clínicas de las conductas acumuladoras. *Psiquiatr Biol*. 2009; 16(3):122-30.
- 16- Tolin DF, Fitch KE, Frost RO. Family informants' perceptions of insight in compulsive hoarding. *Cognitive Therapy and Research*. 2010; 34(1):69–81.
- 17- World Health Organization (WHO). *Guidelines on use of medically important antimicrobials in food-producing animals*. 2017. Disponível em <http://apps.who.int/iris/>
- 18- Department of Health & Human Services, Centers for Diseases Control and Prevention(CDC), 2017 disponível em <https://www.cdc.gov/drugresistance/index.html>.
- 19- Regitano JB, Leal RMP. Comportamento e impacto ambiental de antibióticos usados na produção animal brasileira. *R Bras Ci Solo* 2010;34:601-616.
- 20- Union Of Concerned Scientists - UCS. *Hogging it: Estimates of antimicrobial abuse in livestock*. [página da Internet] [acessado 2017 ago 2] https://www.ucsusa.org/food_and_agriculture
- 21- Organização Das Nações Unidas, 2017 [página da Internet] [acessado 2017 ago 12]. Disponível em <https://nacoesunidas.org/tuberculose>.
- 22- Thoen CO, Lobue PA, Enarson DA, Kaneene JB, de Kantor IN. Tuberculosis: a reemerging disease in animals and humans. *Vet Ital*. 2009; 45(1):135-158.
- 23- World Health Organization. *Roadmap for zoonotic tuberculosis*. 2017.
- 24- Brasil, Ministério da Saúde. *Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública*. Ministério Da Saúde, Brasília-DF, 2016.
- 25- Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) [página da Internet] [acessado 2017 ago 10]. Disponível em: www.saude.gov.br/sinan
- 26- Walsh GP, Meyers WM, Binford CH, Gerome PJ, Wolf RH, Leininger JR. Leprosy – a zoonosis. *Lepr Rev* 1981; 52(1):77-83.

- 27- Deps PD, Faria LV, Gonçalves VC, Silva DA, Ventura CG, Zandonade E. Aspectos epidemiológicos da transmissão da hanseníase em relação a exposição ao tatu. *Hansen. Int.* 2003; 28(2):138-144.
- 28- Capellão RT, Lazar A, Bonvicino CR. Infecção natural por agentes zoonóticos em tatus (Mammalia: Cingulata) na América do Sul. *Bol. Soc. Bras. Mastozool.*, 2015; 73:23-36.
- 29- Da Silva MB, Portela JM, Li W, Jackson M, Gonzalez-Juarrero M, et al. Evidence of zoonotic leprosy in Pará, Brazilian Amazon, and risks associated with human contact or consumption of armadillos. *PLOS Neglected Tropical Diseases* 2018; 12(6): e0006532. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006532>
- 30- Silva Júnior EA. *Manual de controle higiênico-sanitário em alimentos*. 6. ed. São Paulo: Varela; 2002.
- 31- Brasil. Ministério da Saúde. *Doenças transmitidas por alimentos (DTA)*. 2014. [página da Internet]. [acessado 2017 ago 14]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/10_passos_para_investigacao_surtos.pdf.
- 32- Organização Pan-Americana da Saúde (Paho). *Do campo à mesa obtendo alimentos seguros*. [página da Internet]. [acessado 2017 ago 15] Disponível em: www.paho.org
- 33- Behrens JH, Barcellos MN, Frewer LJ, Nunes TP, Franco BDGM, Destro MT, Landgraf, M. Consumer purchase habits and views on food safety: A Brazilian study. *Food Control* 2010; 21(7):963-969.
- 34- European Food Safety Authority (EFSA). The European Union Summary Report on Trends and Sources of Zoonoses, Zoonotic Agents and food-borne outbreaks in 2009. *J EFSA* 2011; 9(3):378.
- 35- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Dados epidemiológicos - DTA período de 2000 a 2015. [página da Internet]. [acessado 2017 ago 18]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>.
- 36- Sagoo SK, Little CL, Griffith CJ, Mitchell RT. Study of cleaning standards and practices in food premises in the United Kingdom. *Commun Dis Public Health* 2003; 6(1):6-17.
- 37- Redmond EC, Griffith CJ. Consumer perceptions of food safety risk, control and responsibility. *Appetite* 2004; 43(3):309-313.
- 38- Abdul-Mutalib N, Abdul-Rashid M, Mustafa S, Amin-Nordin S, Hamat RA, Osman M. Knowledge, attitude and practices regarding food hygiene and sanitation of food handlers in Kuala Pilah, Malaysia. *Food Control* 2012; 27(2):289-293.

CAPÍTULO III

Transtorno de acumulação: aspectos gerais da doença e reflexões sob a perspectiva da saúde única

Artigo submetido à publicação na revista *Ciência e Saúde Coletiva*

(comprovante nos anexos)

*“Torna-se cada vez mais evidente que os maiores
problemas do nosso tempo
não podem ser entendidos isoladamente.
São problemas sistêmicos, o que significa que
estão todos interconectados e interdependentes.”*

Fritjof Capra

Transtorno de acumulação: aspectos gerais da doença e reflexões sob a perspectiva da saúde única

Hoarding disorder: general aspects of the disease and reflections on the one health context

Talícia Maria Alves Benício, Ana Célia Rodrigues Athayde

RESUMO: O transtorno de acumulação é uma desordem psiquiátrica em que o indivíduo apresenta uma necessidade compulsiva de guardar objetos e/ou animais, associada a uma dificuldade patológica de desfazer-se dos mesmos, o que resulta em prejuízos nos mais diversos aspectos da sua vida cotidiana. Para intervir de modo resolutivo em quadros desse tipo é necessária a mobilização de equipes multiprofissionais capazes de focalizar as questões de saúde envolvidas no âmbito da pessoa acumuladora, dos animais (nos casos em que há acumulação destes) e do meio ambiente. O comportamento de acumulação é considerado fator de risco para a saúde pública, dentre outros motivos, pelo fato do ambiente de acúmulo favorecer o aparecimento e multiplicação de insetos e animais sinantrópicos, que podem atuar como vetores para múltiplos agentes infecciosos, aumentando o risco de propagação das zoonoses nos casos em que animais são acumulados. O presente estudo revisa a literatura para explorar dados acerca do referido transtorno e lança reflexões sobre a importância da abordagem e assistência fundamentadas no conceito de saúde única nos casos de acumulação.

Palavras-chave: acumulação; saúde pública; atenção primária à saúde.

ABSTRACT: Hoarding disorder is a psychiatric illness characterized by the compulsion to accumulate items and/or animals associated with a pathological difficulty to dispose of them. The assistance for these cases requires multiprofessional teams, a task force able to assist the hoarder, reorganize the space, and take care of the animals and the environment. Hoarding is a public health problem, among other reasons, because the environment becomes favorable to developing of insects and synanthropic animals that can act as vectors to many infectious agents, and the risk of zoonoses is increased when animals are hoarded. This review explores data about the hoarding disorder and encourage the discussion about the importance of the approach and assistance based on the one health concept in the hoarding cases.

Keywords: hoarding; public health; primary health care.

Introdução

O transtorno de acumulação é uma enfermidade de caráter neuropsiquiátrico, mas que devido à amplitude de suas consequências enquadra-se, também, como um problema de saúde pública¹. Ademais, ao assumirmos uma perspectiva mais ampla, em que são observadas as interações entre a saúde das populações humana e animal e a sua relação com o meio ambiente, o transtorno em questão pode ser contextualizado sob a ótica conceitual da saúde única. É neste cenário, que nos propusemos a refletir sobre a atuação do médico veterinário, especialmente, quando este se encontra integrando as equipes multiprofissionais dos núcleos de apoio à saúde da família.

O presente artigo consiste em uma revisão narrativa da literatura, definida como uma revisão bibliográfica não sistemática, voltada para discussão e desenvolvimento de um determinado assunto de um ponto de vista teórico e contextual². Assim, foi feito o levantamento da literatura nacional e internacional disponibilizada na plataforma de periódicos da CAPES. Procedeu-se a leitura exploratória dos artigos, selecionando aqueles mais pertinentes à proposta do presente estudo, em seguida, foi elaborada a discussão e construída a análise crítica acerca da temática. Este texto se estrutura da seguinte forma: inicialmente, é feita uma caracterização do transtorno mediante a apresentação de seus aspectos gerais e epidemiologia; na sequência, há um aprofundamento no tema, delimitando-se às questões do transtorno em que há acumulação de animais; em um terceiro momento, discute-se a questão da doença sob uma perspectiva que integra saúde humana, animal e ambiental; e, por fim, são lançadas reflexões sobre as possibilidades de colaboração das equipes do NASF no enfrentamento da enfermidade, voltando a discussão, especialmente, para a atuação do médico veterinário como integrante da equipe.

Caracterização do Transtorno de Acumulação – aspectos gerais e epidemiologia

O ato de guardar e colecionar materiais, seja por valores afetivos ou como forma de precaver-se em momentos de privação, é algo típico do comportamento humano, mas que pode ultrapassar a barreira do que é considerado normal e chegar a níveis que caracterizam a conduta como excessiva ou patológica. Esse comportamento passa a ser considerado como uma desordem mental de cunho compulsivo quando há acúmulo de posses sem um valor tipicamente significativo, associado à incapacidade de desfazer-se das mesmas, gerando tamanha desordem nos espaços físicos que estes não mais se adequam aos fins para os quais foram designados, e, culmina em sofrimento para a pessoa acumuladora e prejuízos nos mais diversos aspectos da sua vida³.

Embora os sinais indicativos de um comportamento disfuncional de acumulação venham sendo observados há décadas, até 2013, o transtorno de acumulação não tinha um diagnóstico formal. Até então, havia sido considerado como critério de diagnóstico para o transtorno de personalidade obsessiva-compulsiva (DSM-3)⁴, depois passou a ser visto como sintoma secundário a outras doenças psiquiátricas, e no (DSM-4)⁵ é posto como um subtipo do transtorno obsessivo compulsivo. Porém, a observação fenomenológica, o número crescente de dados epidemiológicos e estudos em neurobiologia somados à análise dos resultados dos tratamentos clínicos conduziram à conclusão de que o transtorno de acumulação constitui uma entidade nosológica autônoma com critérios diagnósticos próprios, assim constando no (DSM-5)⁶. É relevante observar que o complexo e multifatorial fenômeno de acumulação tem sido descrito em associação a diversas condições neuropsiquiátricas como na demência, esquizofrenia, transtornos alimentares, autismo, transtorno obsessivo compulsivo, depressão maior, transtornos de déficit de atenção sem hiperatividade, transtorno de ansiedade generalizada e fobia social^{7,8,9}.

Os estudos sobre a epidemiologia da doença revelam dados muito variáveis e apresentam fragilidade e limitações devido ao número reduzido de pesquisas baseadas em critérios diagnósticos sistematizados e padronizados que considerem a acumulação compulsiva como uma representação nosológica independente. A maioria dos trabalhos^{10,11,12} refere valores de prevalência entre 2 a 5% para a população geral. Quanto ao gênero mais afetado, há discordâncias, alguns autores^{13,14,15} relatam não haver diferença significativa, enquanto outros demonstram frequência duas vezes maior de transtorno em homens^{10,16}. Em relação à faixa etária, considera-se que pessoas acima de 50 anos são as mais afetadas, enfatiza-se, no entanto, que os sintomas iniciais de acúmulo ocorrem, majoritariamente, na adolescência, sendo que dificuldades clinicamente significativas são relatadas por volta dos 30 anos e continuam crescendo, em paralelo com a desordem, a cada década subsequente⁸.

Acerca do conhecimento fisiopatológico da conduta acumuladora, considera-se que a base neuroanatômica foi melhor compreendida a partir de relatos de casos em que ações de acumulação emergiram após lesões traumáticas do cérebro, sendo reforçada por estudos funcionais de imagem que identificaram diferenças de ativação em regiões específicas do cérebro de pacientes com TOC acompanhado ou não de quadro clínico de acumulação¹⁷; a base genética é alicerçada, especialmente, pelos estudos que correlacionaram o comportamento de acúmulo a regiões cromossômicas específicas em famílias cujos membros apresentam TOC¹⁶.

Na maioria dos casos, não são identificados fatores precipitantes ou gatilhos para o referido comportamento, sendo relevante destacar que alguns estudos têm alertado para a importância da investigação quanto à existência de eventos traumáticos, não apenas na vivência recente do indivíduo, mas, também na sua história pregressa^{16,18,19}. A hipótese subjacente a esse alerta sugere que experiências estressantes, especialmente as que se

caracterizam por privações, sejam de ordem afetiva ou, em menor escala, de ordem econômica, desencadeiam sentimentos de insegurança, de tal maneira que as pessoas passam a enxergar nos objetos a possibilidade de controle, o que lhes traz uma sensação de segurança e conforto, despertando, assim, o apego emocional às posses²⁰.

O transtorno de acumulação não se limita a um problema de saúde mental, sai da esfera individual e é considerado um problema de saúde pública, já que o impacto gerado não se restringe apenas à vida íntima e familiar do indivíduo, mas atinge toda a comunidade no seu entorno¹. O entulhamento aumenta os riscos de desmoroamento, incêndios, e favorece a disseminação de várias doenças, conforme será melhor discutido mais adiante neste artigo.

Na maioria das vezes, a pessoa acumuladora não demonstra ciência quanto à gravidade do seu comportamento, acreditam-no normal e resistem a qualquer tentativa de ajuda. A busca por tratamento se dá, normalmente, em decorrência de intervenção da família, ameaça de despejo ou de condenação habitacional²¹. Sendo que, como as patologias em geral, quanto mais precoces o diagnóstico e o tratamento, melhor a evolução e o prognóstico do caso. Para isso, o ideal é que as equipes de saúde sejam treinadas para identificação dos primeiros sinais da enfermidade e que a população esteja consciente de que esse tipo de conduta caracteriza uma doença, e, como tal, necessita de tratamento e não de julgamento. Esse alerta se faz necessário para que as pessoas com a doença não sejam estigmatizadas nem se tornem vítimas de violência verbal ou até mesmo física por serem enxergadas como “loucas”, “sujas”, “imundas”, “indignas”, “perturbadoras da ordem”, quando, de fato, o que lhes ocorre é algo que está acima de sua vontade e controle, e é causa de imenso sofrimento. É compreensível e legítima a indignação das pessoas que vivem nas proximidades e que estão sujeitas às péssimas condições advindas do local de acumulação (seja de objetos e/ou de animais), mas para isso, existem mecanismos legais, sem que haja a necessidade de perpassar

por meios violentos para chegar ao que lhes é garantido, em termos de salubridade e segurança, no quesito de habitação e moradia.

A acumulação de animais

O transtorno de acumulação pode se apresentar como um quadro de acúmulo de animais, sendo referido como “Síndrome de Noé”. Neste caso, é caracterizado como um comportamento disfuncional em que há o acúmulo de animais, principalmente cães e gatos, no ambiente domiciliar, e com a intenção obsessiva de manter e aumentar seu número, no entanto, sem capacidade para oferecer as condições higiênico-sanitárias mínimas, submetendo (ainda que de forma inconsciente) os animais a possíveis situações de desnutrição, doenças e morte²⁵. Nestes casos, costuma-se haver conjuntamente aos animais, o acúmulo de suas excretas e até mesmo de cadáveres animais há muito tempo mortos²⁷. É digno de nota que, apesar da pestilência gerada pela situação, quadros assim podem passar despercebidos do ponto de vista patológico, ou serem amenizados socialmente, uma vez que a população tende a interpretá-los como um comportamento altruísta, sobressaindo-se a imagem admirável do indivíduo que alimenta animais de rua, recolhe animais abandonados e os adota para oferecer casa e carinho²⁸. A pessoa acometida pelo transtorno é incapaz de reconhecer o sofrimento a que estes animais podem estar sendo submetidos, e quando comparada a uma pessoa que acumula apenas objetos, em geral, apresenta maior dificuldade de perceber a anormalidade de seu comportamento e vive em ambientes muito mais insalubres²⁴.

De acordo com definição da HARC²² é considerado como acumulador de animais, o indivíduo que: a) tem um grande número de animais; b) não consegue oferecer as condições mínimas para saúde e bem-estar para os animais; c) é incapaz de reconhecer as péssimas condições do ambiente em que vivem os animais e o sofrimento a que estão submetidos (fome, doenças, morte etc); d) não percebe o impacto que o seu comportamento provoca na

sua própria saúde e na de seus familiares; e) persiste na coleta de animais mesmo quando falha em providenciar cuidados adequados.

Os dados sociodemográficos referentes à acumulação de animais indicam que o transtorno é mais prevalente entre mulheres, predomina na população acima de 40 anos, e as pessoas acometidas, em sua maioria, apresentam padrões sociais recorrentes de isolamento e vivem sozinhas^{23,24}. Relatos de caso demonstram que há pessoas que chegam a acumular entre 10 e 900 animais²⁵. Alguns autores ressaltam que esse comportamento disfuncional pode atingir as diversas classes socioeconômicas, podendo acometer inclusive trabalhadores da área de saúde como médicos, enfermeiros e médicos veterinários, e destacam que há muitos relatos, embora numa frequência menor, cujos acumuladores são homens, casais e até famílias.

Alguns pesquisadores²⁶ propõem a existência de diferentes perfis de comportamento no transtorno de acumulação de animais, sendo esta uma classificação aceita, mas ainda não definitiva:

- “Overwhelmed caregiver” – refere-se ao “cuidador sobrecarregado”, em que os animais sob sua tutela são obtidos de forma passiva. Essas pessoas apresentam alguma consciência sobre o declínio gradual das condições de saúde oferecidas aos animais, mas tendem a minimizar essas questões devido aos sentimentos de afeto e forte apego aos animais. Eles costumam se tornar conhecidos nos bairros por acolher e adotar animais indesejados, abandonados ou dispersos, de modo que as pessoas da localidade passam a trazer mais animais para deixar sob seus cuidados, despejando-os em sua residência.
- “Rescuer” – corresponde ao “socorrista”, àquela pessoa que resgata, que acredita ter a missão de salvar os animais do sofrimento e da morte. Esses indivíduos tendem a ter

um maior envolvimento social e contam com uma rede de apoiadores. Individualmente ou em grupos, vão ativamente à busca de animais para conduzi-los a abrigos em que estejam seguros e onde não serão eutanasiados. Normalmente, essas pessoas enfrentam até mesmo autoridades para “proteger” os animais, os quais são resgatados e acolhidos em abrigos, mesmo quando já não existe a capacidade de oferecer as condições mínimas de assistência.

- “Exploiter” – remete ao “explorador”. São indivíduos que não têm qualquer empatia com animais ou seres humanos. Os animais vão servir apenas para obter lucros ou ajudar a criar uma imagem positiva destes indivíduos junto à sociedade, para que isso lhes favoreça na conquista de seus interesses excusos. Em geral, são pessoas manipuladoras e com tendências sociopatas.

Compreender esses perfis comportamentais é imprescindível para traçar estratégias de ação mais adequadas e efetivas, variando a forma de abordagem, os recursos a serem utilizados e a escolha dos profissionais para trabalhar em cada caso.

Os animais mais comumente presentes em casos de acumulação são gatos e cães, mas qualquer tipo de espécie está sujeita a essa situação, havendo diversos relatos em que estavam envolvidos animais de fazenda, silvestres e espécies exóticas²⁷.

Quanto ao ambiente, tem-se que, em raros casos, os animais são mantidos em uma área aberta, sendo que o local mais comum para acumulação é a própria casa em que reside o acumulador, ou outra estrutura fechada (por exemplo: celeiro, ônibus antigos), contendo dezenas a centenas de animais soltos e/ou presos em gaiolas ou outros gabinetes²⁸. As condições são extremamente insalubres, com grande quantidade de fezes e urina espalhadas nos pisos e outras superfícies horizontais da casa ou da instalação, e o odor que se espalha,

normalmente, indica que há níveis de amônia no ar suficientes para causar lesões nos tecidos²⁹. Além das excretas dos animais, há o acúmulo de outros resíduos orgânicos e lixo inorgânico, como também, na maioria dos casos, há a permanência das carcaças de animais que morreram ao longo do tempo. É típica a presença de um número grande de insetos e roedores nos ambientes²⁸. Essas condições ambientais representam um fator de risco extremamente relevante para a saúde pública, consituindo-se em um meio propício para a disseminação das mais diversas infecções que podem atingir animais e humanos daquela comunidade.

No que tange ao ambiente de acumulação, outra legítima preocupação diz respeito às alterações comportamentais a que estão sujeitas os animais confinados neste tipo de espaço. Sabe-se que o estresse crônico pode desencadear características anormais de comportamento, sendo considerados estressores ambientais para cães em confinamento os seguintes fatores³⁰: restrição espacial, temperaturas extremas, incapacidade de evitar ou regular a exposição a estímulos aversivos, acesso limitado a interações sociais positivas com outros animais e com pessoas. O ambiente de acúmulo expõe os cães não apenas a esses estressores, mas, também, à superlotação, alimentação e água insuficientes ou de baixa qualidade, com disputa por acesso a esses recursos, de maneira que os animais estão expostos à agressividade de seus pares e à incapacidade de escapar destes. Neste contexto, estudos³¹ de comportamento animal demonstraram que em comparação com o grupo controle, cães advindos de ambientes de acumulação apresentaram maiores pontuações para os parâmetros: medo (relacionado a estranhos e a outros cães); sensibilidade ao toque; atributos e comportamentos de busca de atenção mesmo quando já residiam há mais de dois anos no lar, como, por exemplo, micção e defecação quando deixados sozinhos e comportamentos repetitivos de mastigação de objetos,

micção contra móveis e micção submissa; e, apresentavam, em geral, latidos persistentes, rolamento sobre as próprias fezes e perseguição da própria cauda.

No que concerne à casuística mundial deste transtorno é difícil estimar valores, mas levantamentos sugerem que apenas nos Estados Unidos (EUA), ocorrem 3000 casos de acúmulo de animais por ano, com envolvimento de 250.000 animais. Os dados referentes ao tema ainda são restritos, pois a maioria das publicações se limita à realidade vivenciada nos EUA, existindo poucos relatos sobre a problemática em outros países como Canadá, Espanha, Austrália, Singapura, Alemanha, Itália e Reino Unido. Em relação ao Brasil, a literatura demonstra que os estudos ainda são bastante incipientes, sendo assim, destacamos três trabalhos que reportam aspectos da referida doença nas cidades do Rio de Janeiro, Curitiba e Porto Alegre, os quais são pormenorizados a seguir.

No estudo realizado no Rio de Janeiro³², o enfoque foi dado à questão neuropsiquiátrica, cujo objetivo foi investigar a prevalência do transtorno de acumulação numa amostra de pacientes com transtorno obsessivo compulsivo (TOC). Para isso, foram analisados os registros médicos de 420 pacientes com TOC, dos quais apenas 2 demonstraram características relacionadas à acumulação de animais, obtendo uma prevalência de 0,47% para esta população.

Em Curitiba³³, a pesquisa desenvolvida objetivou estabelecer a frequência do comportamento de acumulação, sua distribuição espacial e correlação com características demográficas da cidade. Foram identificados 113 casos de acumulação (animal e/ou de objetos), dos quais 65 contavam com o envolvimento de animais, chegando a uma proporção de 3,71 acumuladores de animais para cada 100.000 habitantes. A informação sobre o número de animais envolvidos estava disponível em 40 dos 65 casos, totalizando 1.114 animais

(média de 27,8 animais por caso), sendo 724 cães e 390 gatos. Os valores obtidos nesse estudo, se extrapolados para uma proporção nacional, apontam para a existência de cerca de 12.300 casos de acumuladores de objetos e/ou de animais numa população total de 190 milhões de habitantes no Brasil.

A pesquisa realizada em Porto Alegre³⁴ teve como objetivo traçar o perfil sociodemográfico de pessoas acumuladoras de animais na referida cidade. Além disso, propôs critérios diagnósticos específicos para essa desordem, abrindo a discussão sobre a possibilidade de que a mesma seja caracterizada como uma nova psicopatologia, distinta e separada do transtorno de acumulação de objetos. Foram identificados 33 acumuladores, com envolvimento de 1.357 animais, sendo 915 cães, 382 gatos e 50 patos. A maior parte dos animais foi encontrada em situações precárias, sem as condições mínimas de higiene e cuidados veterinários. Na maioria das casas visitadas também se observou situações dramáticas de lutas violentas por território, desnutrição extrema, canibalismo e presença de animais feridos e enjaulados. Além disso, os autores chamam a atenção para uma importante característica do transtorno que é o fato dos indivíduos acumuladores serem incapazes de perceber as péssimas condições nas quais criam os animais, e, por isso, durante as visitas domiciliares, quando lhes eram feitas propostas para melhoria do ambiente e da saúde dos animais, sendo oferecidos tratamentos e castração, sem qualquer custo, tais pessoas recusavam a assistência.

Em nenhum dos trabalhos realizados no Brasil foram referidas estratégias de intervenção e assistência aos quadros detectados. Não foi discutida a efetivação de ações de controle e nem o direcionamento dado aos animais acumulados e às pessoas acumuladoras.

O transtorno de acumulação de animais é um fenômeno complexo que não se limita a soluções fáceis. As barreiras para solucionar ou minimizar condutas acumuladoras percorrem vários níveis: jurídico, médico, ambiental, sociológico. Ressalta-se que a falta de consciência sobre o próprio comportamento é a primeira e mais importante barreira²⁶.

O ciclo de acúmulo é difícil de ser quebrado e as taxas de reincidência aproximam-se de 100% quando não há medidas assistenciais voltadas para a saúde mental do paciente²⁴. Um dos principais motivos para a manutenção destes ciclos intermináveis é que, historicamente, a acumulação de animais sempre foi vista como uma questão restrita aos cuidados dos órgãos de controle e bem-estar animal²⁸. No entanto, estudos demonstram que apenas remover os animais não resolve o problema, a pessoa acumuladora vai adquirir outros animais e a mesma situação é recriada. Pesquisadores²⁴ alertam, ainda, para o fato de que reações profundas de sofrimento podem ser desencadeadas em resposta à remoção de animais, ou mesmo à possibilidade de remoção, e isso deve ser considerado em qualquer avaliação do risco, incluindo o risco de suicídio. Ao longo da história da doença, também se verificou que intervenções de curto prazo junto à pessoa acumuladora não são bem sucedidas, sendo necessários suporte e acompanhamento psicológico por um longo período para que se efetivem mudanças de comportamento de maneira significativa⁷.

As abordagens multidisciplinares são sempre colocadas como as mais eficientes para o enfrentamento dos quadros de acumulação, no entanto, os serviços sociais e de saúde e as autoridades públicas estão, muitas vezes, despreparados, devido à falta de conhecimento para compreender a dimensão do problema e de suas consequências. Faltam equipes multiprofissionais treinadas e realmente habilitadas para agir diante desses casos. Alguns autores^{12,20,21,22} reconhecem a necessidade de um treinamento adequado que permita integrar

os procedimentos administrativos e burocráticos de cada serviço ou agência envolvida, sem que haja disputas pelo uso de protocolos isolados, que em vez de contribuir, obstruem os esforços colaborativos. Alertam, ainda, para o fato de que indivíduos que são treinados em campos específicos, quando passam a trabalhar em equipes multidisciplinares, podem se sentir desconfortáveis para lidar com questões fora de sua área de especialização, o que acaba por refletir na qualidade da assistência a ser prestada.

No Brasil, não há documentos oficiais que orientem quanto às ações que devem ser implementadas em casos de acumulação. Desta maneira, não há serviços específicos com atribuições próprias para atender essa demanda. Os casos, na maioria das vezes, acabam sendo encaminhados ao Ministério Público e aos Serviços de Vigilância em Saúde, por meio de denúncias, no entanto, estes não dispõem de equipes multiprofissionais especializadas para intervir nestas situações. Ocorre que, diante deste cenário, quando se pensa na necessidade de intervenções inter, trans e multidisciplinares, passa-se a vislumbrar os profissionais que compõem os núcleos de saúde da família (NASF) como possíveis colaboradores para a prevenção, detecção, controle e monitoramento destes quadros, o que será melhor abordado mais adiante.

Inter-relações entre a saúde humana, animal e ambiental: o transtorno de acumulação no contexto da saúde única

A saúde única pode ser compreendida como uma abordagem integrativa que reconhece as inter-relações entre a saúde humana, dos animais e a do meio ambiente³⁵. No transtorno de acumulação, seja de objetos e/ou animais, é evidente essa interconexão, o que nos permite a análise do mesmo sob a ótica conceitual da saúde única. Os riscos para a saúde da coletividade, incluindo aqui seres humanos, animais e meio ambiente, se devem, principalmente, às consequências do acúmulo de diversos materiais que conferem péssimas

condições ao ar do ambiente, aumentam as chances de incêndio e constituem espaços propícios para a disseminação de diversos agentes infecciosos.

Nos locais de acumulação, em geral, são relatadas a presença de alimentos podres, poeira, mofo, má qualidade do ar, infestação de insetos e roedores, e nos casos em que há animais, soma-se a isso, quantidade extensiva de fezes e urina de animais e carcaças dos animais que morreram no local ao longo do tempo³⁶. Sendo assim, o domicílio do acumulador constitui um ambiente de poluição, podendo, inclusive, incorrer na Lei de Crimes Ambientais, nº 9.605 de 1998, artigo 54, em que o crime de poluição é descrito como o ato de causar poluição, de qualquer forma, que coloque em risco a saúde humana, ou segurança dos animais, ou destrua a flora.

O entulhamento de resíduos, especialmente orgânicos, atrai inúmeros insetos e roedores, que podem se tornar vetores das mais diversas infecções. Os espaços de acumulação tornam-se propícios para a proliferação de moscas, baratas, mosquitos, formigas, roedores, escorpiões entre outros sinantrópicos. Estes seres têm a capacidade de se adaptar a diversos ambientes, entram em contato com inúmeros organismos patogênicos e desenvolvem interações com animais, vegetais, fungos e bactérias, podendo facilmente disseminar doenças³⁷. Neste aspecto, o Ministério da Saúde³⁸ alerta para o fato que as moscas atuam na transmissão de amebíase, cólera, febre tifoide, giardíase; os mosquitos são vetores para a malária, dengue, zika, chikungunia, febre amarela, leishmaniose, filariose; as baratas são disseminadoras de febre tifoide, helmintoses, difteria, doenças gastrointestinais; e os ratos estão envolvidos na transmissão de leptospirose, hantavirose, peste bubônica.

A capacidade de rápida disseminação e a possibilidade de propagação de inúmeras doenças faz com que os artrópodes sejam reconhecidos como o filo que mais afeta a qualidade

de vida humana, constituindo um problema crescente de saúde pública³⁹. Os ambientes de acumulação potencializam esse problema, tornando toda a população das áreas circunvizinhas, ainda mais vulnerável aos riscos das patologias que podem ser veiculadas por meio destes seres, que atuam como vetores biológicos ou mecânicos. Serão apresentadas nos parágrafos seguintes algumas das principais relações estabelecidas entre ártropodes e possíveis agentes infecciosos.

Blatódeos sinantrópicos são considerados vetores mecânicos e também reservatórios de agentes patogênicos, sendo de destacada importância na saúde pública. Veiculados por estes animais, já foram identificados diversas espécies de vírus, bactérias, fungos, protozoários e pelo menos 12 espécies de helmintos⁴⁰. É válido destacar que as helmintoses não devem ser subestimadas do ponto de vista clínico, uma vez que desencadeiam lesões intestinais capazes de provocar significativas alterações no metabolismo, impedindo a absorção dos nutrientes, o que pode resultar em sérios danos à saúde do indivíduo infectado⁴⁰. É muito comum que as pessoas acumuladoras sejam denunciadas por vizinhos aos órgãos de segurança devido à infestação por baratas que rapidamente se espalham nas residências próximas a do acumulador.

As formigas também representam um perigo à saúde pública. Considera-se que a infestação domiciliar por formigas ocorre porque estas tendem a construir seus ninhos em áreas próximas a alimentos, com condições ambientais estáveis e ausência de predadores naturais⁴¹. Estudos⁴² conseguiram identificar, sendo veiculados por formigas, mais de dez tipos de microrganismos resistentes a diferentes classes de antibióticos e antifúngicos. Bactérias gram-negativas, aeróbias ou aeróbias facultativas e anaeróbias, muitas das quais são responsáveis por doenças do trato gastrointestinal e de outros órgãos, além do envolvimento com infecções nosocomiais, já foram identificadas sendo carreadas por formigas. Foram

isoladas, a partir destes animais, bactérias dos gêneros⁴²: *Corynebacterium*, *Brevibacterium*, *Sphingobacterium*, *Ochrobactrum*, *Myroides*, *Brevundimonas*, *Alcaligenes*, *Stenotrophomonas*, *Moraxella* e *Pseudomonas*, e, em estudos mais recentes *Mycobacterium*⁴³, o que demonstra a sua importância no contexto da saúde pública, e, mais amplamente, da saúde única.

Insetos da ordem Diptera, na qual se incluem moscas e mosquitos, são potenciais vetores mecânicos de patógenos pelo fato de terem contato muito próximo com o homem e seu ambiente, comportamento endofílico e uma grande capacidade de dispersão⁴⁰. Inúmeros organismos patogênicos para o homem já foram isolados em moscas, como por exemplo: bactérias (*Shigella* sp. e *Vibrio cholerae*), vírus entéricos, protozoários (*Giardia lamblia* e *Cryptosporidium parvum*), e helmintos (*Ascaris* sp., *Toxascaris* sp., *Toxocara* sp., *Trichuris* sp., *Capillaria* sp., *Taenia solium*, oxiurídeos e tricostrongílídeos)⁴⁰.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os mosquitos são os mais perigosos de todos os insetos vetores, pois estão diretamente envolvidos na transmissão de doenças como a malária, a dengue e a febre amarela, responsáveis por altos índices de morte no âmbito global. Por ano, tais enfermidades, combinadas, matam milhares de pessoas e fazem adoecer outras centenas de milhões. Acerca das arboviroses, no Brasil, em 2016, foram relatados⁴⁴ 1.500.535 casos de dengue, 271.824 casos de chikungunya e 215.319 casos de infecção pelo zika vírus. Esforços são feitos, em todo o país, para que as pessoas se conscientizem sobre a responsabilidade que devem ter sobre as suas residências para minimizar e extinguir os possíveis focos do mosquito transmissor destas enfermidades, o *Aedes aegypti*. Considerando que domicílios cujos responsáveis não sofrem de transtorno de acumulação já figuram como um dos principais ambientes de reprodução e disseminação dos mosquitos, quicá a residência de um acumulador, onde se entulha material de todo tipo, nada

se descarta e não há práticas regulares de limpeza e higiene. Desta maneira, o transtorno de acumulação potencializa o risco para estas infecções, mediante as condições do ambiente a que a comunidade passa a ser exposta.

Outra importante doença relacionada à presença de mosquito nos ambientes é a leishmaniose. O seu principal vetor é o flebótomo do gênero *Lutzomyia*, popularmente conhecido como “mosquito-palha”. No caso de domicílios de acumuladores, além de aumentar o risco para o crescimento do número de mosquitos, aumentam as chances de disseminação da leishmaniose se houver acumulação de animais. A leishmaniose está classificada entre as seis endemias de controle prioritário no mundo, podendo acometer principalmente cães (estes são considerados os principais reservatórios), gatos, animais silvestres e humanos. Ocorrem cerca de 700.000 - 1 milhão de novos casos, e, por volta de 20.000 a 30.000 mortes, anualmente, no mundo, devido a essa infecção. O Brasil está classificado entre os sete países responsáveis por 90% dos casos de leishmaniose visceral e entre os seis responsáveis por mais de dois terços dos casos da leishmaniose cutânea⁴⁵.

Ambientes em que há animais densamente concentrados e em condições insalubres são grandes as chances de haver infestação por carrapatos que podem transmitir doenças entre a própria população animal e desta para a humana. Estudos⁴⁶ demonstraram que há pelo menos 20 tipos de vírus adaptados a diferentes espécies de carrapatos e que são responsáveis por desencadear diversas patologias tanto em espécies animais quanto no homem. As principais doenças transmitidas por carrapatos são as babesioses, erlichioses, a febre maculosa, a doença de Lyme e síndrome Baggio-Yoshinari⁴⁷.

Nos casos em que há acumulação de animais é essencial uma minuciosa investigação para identificar os reais fatores de risco e verificar se há a presença de agentes infecciosos de caráter zoonótico. O conhecimento da história natural da doença em suspeição

é imprescindível para que sejam tomadas decisões acertadas, e neste caso, o médico veterinário tem um papel insubstituível. Além das patologias já discutidas anteriormente, ainda merecem destaque a raiva, a toxoplasmose, a leptospirose, a esporotricose, a dirofilariose, entre outras, sendo que cada uma destas deve ser investigada levando em consideração as características do ambiente e os tipos de animais que estão sendo acumulados. Neste ínterim, outro tópico que merece destaque se refere aos cuidados sanitários que devem ser tomados nos casos em que os animais são retirados da casa do acumulador e direcionados para doações, abrigos e instituições, sendo vital que passem por uma minuciosa triagem e permaneçam em rigorosa quarentena antes que qualquer encaminhamento venha a ser conduzido.

Analisando este cenário sob a perspectiva da saúde única, acredita-se que a visão integrada e as múltiplas possibilidades de ação dos profissionais da atenção básica à saúde, especialmente daqueles que compõem as equipes do NASF, podem colaborar para a construção de estratégias mais resolutivas para possíveis quadros de acumulação. O médico veterinário enquadra-se entre as diversas classes profissionais aptas a atuar no NASF e sua efetiva participação nas equipes é de suma relevância para o enfrentamento de questões em que há o envolvimento de animais, pessoas e meio ambiente. É pertinente destacar que todas as atribuições propostas pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária⁴⁸ ao Médico Veterinário trabalhador do NASF perpassam, de algum modo, por aspectos inerentes aos comportamentos de acumulação.

Considerações finais

O número de pessoas acometidas por algum tipo de desordem psiquiátrica cresce a cada ano e, portanto, é necessário trazer a problemática do transtorno de acumulação à

discussão para que sejam pensadas estratégias mais eficientes de prevenção, diagnóstico e controle. Ademais, a abordagem científica tem um papel fundamental no sentido de desmistificar algumas imagens que são retratadas pela mídia e que mais confundem do que colaboram para o conhecimento e conscientização acerca da doença. A literatura nacional ainda mostra-se incipiente diante desta problemática, espera-se que mais pesquisas de campo sejam realizadas para que se tenha perfis epidemiológicos nacionais mais consistentes e se possa planejar ações mais adequadas.

Os limites entre o natural e o patológico em termos de acumulação podem ser muito sutis e exigem equipes multiprofissionais bem treinadas. Os profissionais de saúde devem receber informações mais precisas mediante um trabalho de educação continuada. E a população em geral, deve ser orientada por meio de estratégias de educação em saúde. É fundamental o reconhecimento deste transtorno como uma questão que envolve múltiplos fatores e cujas consequências podem atingir a saúde tanto das pessoas quanto dos animais e do meio ambiente em que vivem, e, por isso, o médico veterinário tem um papel fundamental, que pode ser potencializado ao trabalhar na atenção primária à saúde, juntamente com outros profissionais, de modo a melhorar a assistência prestada à população.

Referências

1. Frost RO, Steketee G, Williams L. Hoarding: A community health problem. *Health Soc Care Comm.* 2000; 8(4):229–234.
2. Rother ET. Revisão sistemática X Revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem.* 2007; 20(2):5-6.
3. Frost RO, Hartl TL. A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behav Res Ther.* 1996; 34(4):341–50.
4. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Revised Third Edition. Washington, DC American Psychiatric Association 1987.

5. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Press 2000.
6. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publ 2013.
7. Steketee G, Frost R. Compulsive hoarding: current status of the research. *Clin Psychol Rev*. 2003; 23(7):905–927
8. Grisham JR, Frost RO, Steketee G, Kim HJ, Hood S. Age of onset of compulsive hoarding. *J Anxiety Disord*. 2006; 20(5):675–86.
9. Pertusa A, Frost RO, Fullana MA, Samuels J, Steketee G, Tolin D, Saxena S, Leckman JF, Mataix-Cols D. Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: a critical review. *Clin Psychol Rev*. 2010; 30(4):371–86.
10. Iervolino AC, Perroud N, Fullana MA, Guipponi M, Cherkas L, Collier DA, Mataix-Cols D.. Prevalence and heritability of compulsive hoarding: a twin study. *Am J Psychiatry*. 2009; 166(10):1156–1161.
11. Hall BJ, Tolin DF, Frost RO, Steketee G. An exploration of comorbid symptoms and clinical correlates of clinically significant hoarding symptoms. *Depression and anxiety*. 2013; 30(1):67–76.
12. Vilaverde D, Gonçalves J, Morgado P. Hoarding Disorder: A Case Report. *Frontiers in Psychiatry*. 2017; 8:112.
13. Timpano KR, Exner C, Glaesmer H, Rief W, Keshaviah A, Brähler E, Wilhelm S. The epidemiology of the proposed DSM-5 hoarding disorder: exploration of the acquisition specifier, associated features, and distress. *J Clin Psychiatry*. 2011; 72(6):780–6.
14. Fullana MA, Vilagut G, Rojas-Farreras S, Mataix-Cols D, de Graaf R, Demyttenaere K, Haro JM, de Girolamo G, Lépine JP, Matschinger H, Alonso J. Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: results from an epidemiological study in six European countries. *J Affect Disord*. 2010; 124(3):291–9.
15. Nordsletten AE, Reichenberg A, Hatch SL, Fernández de la Cruz L, Pertusa A, Hotopf M, Mataix-Cols D. Epidemiology of hoarding disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2013; 203(6):445–52.
16. Samuels, J, Shugart YY, Grados MA, Willour VL, Bienvenu OJ, Greenberg BD, Knowles JA, McCracken JT, Rauch SL, Murphy DL, Wang Y, Pinto A, Fyer AJ, Piacentini J, Pauls DL, Cullen B, Rasmussen SA, Hoehn-Saric R, Valle D, Liang KY, Riddle MA, Nestadt G. Significant linkage to compulsive hoarding on chromosome 14 in families with obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2007; 164(3):493–9.
17. Anderson SW, Damasio H, Damasio AR. A neural basis for collecting behavior in humans. *Brain*. 2005; 128(1):201–12.

18. Hartl TL, Duffany SR, Allen GJ, Steketee G, Frost RO. Relationships among compulsive hoarding, trauma, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2005; 43(2):269–76.
19. Cromer KR, Schmidt NB, Murphy DL. Do traumatic events influence the clinical expression of compulsive hoarding? *Behaviour Research and Therapy*. 2007; 45(11):2581–92.
20. Landau D, Iervolino AC, Pertusa A, Santo S, Singh S, Mataix-Cols D. Stressful life events and material deprivation in hoarding disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011; 25(2):192–202.
21. Tolin DF, Fitch KE, Frost RO, Steketee G. Family informants' perceptions of insight in compulsive hoarding. *Cognitive Therapy and Research*. 2010; 34(1):69–81.
22. Hoarding of Animals Research Consortium (HARC). People who hoard animals. *Psychiatr Times*. 2000; 17:25–29.
23. Slyne KE, Tolin DF, Steketee G, Frost RO. Characteristics of animal owners among individuals with object hoarding. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2013; 2(4):466–471.
24. Steketee G, Gibson A, Alabiso J, Frost RO, Arluke A, Patronek G. Characteristics and antecedents of people who hoard animals: An exploratory comparative interview study. *Review of General Psychology*. 2011; 15(2): 114–124.
25. Hoarding of Animal Research Consortium (HARC). Health Implications of Animal Hoarding. *Health & Social Work*. 2002; 27(2):125–136.
26. Patronek G, Loar L, Nathanson JN. *Animal Hoarding: Structuring Interdisciplinary Responses to Help People, Animals, and Communities at Risk*. Hoarding of Animals Research Consortium (2006) Disponível em: <http://vet.tufts.edu/wp-content/uploads/AngellReport.pdf>.
27. Arluke A, Frost RO, Luke C, Messner E, Nathanson JN, Patronek G, Papazian M, Steketee G. Health implications of animal hoarding. *Health and Social Work*. 2002; 27(2):125–136.
28. Patronek GJ. Animal hoarding: its roots and recognition. *Vet. Med*. 2006; 101:520–530.
29. Patronek GJ, Hoarding of animals: an under-recognized public health problem in a difficult-to-study population. *Public Health Rep*. 1999; 114(1):81–87.
30. Beerda B, Schilder MB, Bernadina W, van Hooff JA, de Vries HW, Mol JA. Chronic stress in dogs subjected to social and spatial restriction. II. Hormonal and immunological response. *Physiol. Behav*. 1999; 66(2):243–54.
31. McMillan FD, Vanderstichel R, Stryhn H, Yu J, Serpell JA. Behavioural characteristics of dogs removed from hoarding situations. *Applied Animal Behaviour Science*. 2016; 178:69–79.

32. Campos-Lima AL, Torres AR, Yücel M, Harrison BJ, Moll J, Ferreira GM, Fontenelle LF. Hoarding pet animals in obsessive-compulsive disorder. *Acta Neuropsychiatr.* 2015; 27(1):8-13.
33. Cunha GR, Martins CM, Ceccon-Valente MF, Silva LL, Martins FD, Floeter D, Robertson JV, Ferreira F, Biondo AW. Frequency and spatial distribution of animal and object hoarder behavior in Curitiba, Paraná State, Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 33(2):e00001316.
34. Ferreira EA, Paloski LH, Costa DB, Fiametti VS, de Oliveira CR, de Lima Argimon II, Gonzatti V, Irigaray TQ. Animal Hoarding Disorder: A new psychopathology? *Psychiatry Research* 2017; 258:221-225.
35. Zinsstag J, Schelling E, Waltner-Toews D, Whittaker M, Tanner M. *One Health: The Theory and Practice of Integrated Health Approaches.* Wallingford: CABI, 2015.
36. Gómez-Feria PI. Formas clínicas de las conductas acumuladoras. *Psiqu Biol.* 2009; 16(3):122-30.
37. Vargas CHB, Almeida, AA. Identification of insect contaminants of food by the micromorphology of the insect fragments. *Revista Brasileira de Zoologia.* 1996; 13(3):737-746.
38. Brasil, Ministério da Saúde. *Vigilância em Saúde - zoonoses.* Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
39. Núncio MS, Alves MJ. *Doenças associadas a artrópodes vetores.* Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP Lisboa, 2014. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2232/3/Livro_Doencas_associadas_a_artropodes_vetores_e_roedores.pdf.
40. Thyssen PJ, Moretti TC, Ueta MT, Ribeiro OB. O papel de insetos (Blattodea, Diptera e Hymenoptera) como possíveis vetores mecânicos de helmintos em ambiente domiciliar e peridomiciliar. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(4):1096-1102.
41. Oliveira MF, Campos-Farinha, AEC. Formigas urbanas do município de Maringá, PR, e suas implicações. *Arquivos do Instituto Biológico.* 2005; 72(1):33-39.
42. Costa SB, Pelli A, Carvalho GP, Oliveira AG, Silva PR, Teixeira MM, Martins E, Terra APS, Resende EM, Oliveira CCHB, Moraes CA. Formigas como vetores mecânicos de microorganismos no Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2006; 39(6):527-529.
43. Couceiro APMR. *Avaliação do potencial das formigas como vetores mecânicos de micobactérias em hospital especializado na assistência de pacientes de tuberculose no Estado de São Paulo.* Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública. USP, 2012. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-23052012-094326/en.php>
44. Brasil, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. *Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus zika.* Brasília-DF: Ministério da saúde, 2016. <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/06/2017-002-Monitoramento-dos->

[casos-de-dengue--febre-de-chikungunya-e-febre-pelo-v--rus-Zika-ate-a-Semana-Epidemiologica-52--2016.pdf](#)

45. World Health Organization. Acessado em setembro de 2017. Disponível em: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs375/en/> leishmania
46. Massard CL, Fonseca AH. Carrapatos e doenças transmitidas comuns ao homem e aos animais. *A hora veterinária*. 2004; 135(1):15-23.
47. Yoshinari NH, Mantovani E, Bonoldi VLN, Marangoni RG, Gauditano G. Doença de lyme-símile brasileira ou síndrome baggio- yoshinari: zoonose exótica e emergente transmitida por carrapatos. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(3):363-9.
48. Conselho Federal de Medicina Veterinária. Comissão Nacional de Saúde Pública CNSPV/CFMV. O Médico Veterinário, a Estratégia de Saúde da Família e o NASF. *Revista CFMV* 2009; 48:9-14.

CAPÍTULO IV

Análise das percepções de profissionais de saúde acerca da inserção do médico veterinário nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica

Artigo submetido à publicação na revista *Ciência e Saúde Coletiva*

(comprovante nos anexos)

*“É preciso substituir um pensamento que isola e separa
por um pensamento que distingue e une.
É preciso substituir um pensamento disjuntivo e redutor
por um pensamento do complexo, que é tecido junto.”*

Edgar Morin

Análise das percepções de profissionais da saúde acerca da inserção do médico veterinário nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica

Talícia Maria Alves Benício, Ana Célia Rodrigues Athayde

RESUMO

O médico veterinário é um profissional apto a atuar na atenção primária à saúde, com uma visão ampla sobre saúde pública e aspectos inerentes à coletividade, no entanto, a sua inserção nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) ainda é incipiente. Esta pesquisa teve como objetivos norteadores identificar e analisar as percepções de profissionais que integram as equipes dos NASF-AB acerca da importância da atuação do médico veterinário no setor. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, em que foram entrevistados quinze profissionais, incluindo os coordenadores das sete equipes dos NASF-AB da cidade de Patos-PB. As categorias profissionais dos participantes abrangeram: nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos e educadores físicos. O material resultante da transcrição das entrevistas foi submetido à técnica de análise de conteúdo, conforme preconizado por Bardin. A análise permitiu a sistematização do conteúdo em três categorias de sentido relacionadas à percepção acerca da importância da participação do profissional médico veterinário nas equipes do NASF-AB. Desta forma, verificou-se que tais percepções eram construídas e sustentadas a partir dos seguintes eixos principais: 1) Identificação de demandas ligadas à área de atuação do médico veterinário; 2) Experiências advindas da presença de estudantes estagiários de medicina veterinária nos núcleos; 3) Reflexões sobre os motivos da não inserção deste profissional. Os resultados obtidos demonstraram que uma percepção mais ampliada sobre a atuação do médico veterinário no campo da saúde pública e atenção primária à saúde vem sendo delineada, pelo menos, entre profissionais que rotineiramente já trabalham com abordagens mais globais e integrativas do conceito de saúde. No entanto, foram detectadas fragilidades em relação à formação do profissional médico veterinário no que se refere aos processos de trabalho na atenção primária à saúde, bem como a necessidade de programar estratégias mais consistentes voltadas à divulgação do papel do médico veterinário na saúde pública, para que a população em geral compreenda seu papel como importante colaborador na prevenção de doenças e na promoção e recuperação da saúde.

Palavras-chave: Multiprofissional. Atenção Primária à Saúde. Saúde Única.

ABSTRACT

The veterinarian is qualified to work in primary health care, with a broad vision on public health and aspects inherent to the community, however, its inclusion in the *Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)* still is incipient. This research aimed at identifying and analyzing the perceptions of professionals that integrate the NASF-AB teams about the importance of the veterinarian's performance in the sector. It is a qualitative research with an exploratory-descriptive approach, in which fifteen professionals were interviewed, including the coordinators of the seven NASF-AB teams of the city of Patos-PB. The professional categories of the participants included: nutritionists, psychologists, pharmacists, physiotherapists, social workers, speech therapists and physical educators. The material resulting from the transcription of interviews was submitted to the technique of content analysis, as recommended by Bardin. The analysis allowed the content to be systematized into three categories of meaning related to the perception about the importance of the participation of the veterinary professional in the NASF-AB teams. Thus, it was verified that such perceptions were constructed and sustained from the following main axes:

1) Identification of demands related to the area of action of the veterinarian; 2) Experiences arising from the presence of trainee students of veterinary medicine in the *NASF-AB*; 3) Reflections on the reasons for not entering this professional on the *NASF-AB*. The results showed that a broader perception about the veterinarian's performance in the field of public health and primary health care has been drawn, at least among professionals who routinely already work with more global and integrative approaches to the concept of health. However, weaknesses were detected in the formation of the veterinarian about the processes of work in primary health care, as well as the need to plan more consistent strategies aimed at disseminating the role of the veterinarian in public health, that the general population understands its role as an important collaborator in the prevention of diseases and in the promotion and recovery of health.

Keywords: Multiprofessional. Primary Health Care. One Health.

Introdução

O fortalecimento dos laços e a ampliação da interdependência entre as populações humana e animal e o meio ambiente têm traçado o fluir de uma nova dinâmica no campo da saúde. Desta forma, as ações de proteção e promoção à saúde devem ser fundamentadas em abordagens integradas e sistêmicas que considerem a perspectiva de um sistema ecológico em que todos os seres vivos estão complexa e profundamente conectados (AVMA, 2008; COURTENAY et al., 2015; LUEDDEKE et al., 2016).

Estas inter-relações entre seres humanos e animais estreitam-se como reflexo de diversas transformações biológicas, socioeconômicas, políticas, ambientais e culturais, e, à despeito dos benefícios que destas emanam, novos desafios surgem e demandam intervenções pautadas no conceito de saúde única. Acerca desta, considera-se que a saúde única compreende um campo de estudo emergente que conta com a comunicação interdisciplinar, colaboração multiprofissional e esforços intersetoriais para abordar questões de saúde relativas à interface homem-animal-ambiente (BRESALIER; CASSIDY; WOODS, 2015).

Neste cenário, sendo o contexto microbiológico posto em evidência, constata-se que nas últimas décadas, as doenças emergentes e as reemergentes têm adquirido significância global, especialmente ao se considerar que 75% das doenças emergentes em humanos são de origem animal. Acha & Szyfres (2001) apontam o risco de transmissão mediante contágio direto, indireto, ou através de produtos e subprodutos alimentares, de pelo menos 20 zoonoses associadas a gatos, 80 a cães, 42 a bovinos, 68 a suínos, 13 a peixes, 43 a caprinos, 58 a aves, 68 a ovinos (ARAÚJO, 2013). É pertinente enfatizar, ainda, que cerca de 50% das doenças e agravos de notificação compulsória, dispostas na Portaria nº 204 de Fevereiro de 2016 do Ministério da Saúde Brasileiro, apresentam caráter zoonótico (BRASIL, 2016).

Além dos aspectos relativos à transmissão de doenças, outros problemas decorrentes do estreitamento do vínculo entre as populações humana e animal merecem ser destacados, especialmente no tocante à presença crescente de animais domiciliados e não-domiciliados nos ambientes urbanos, tais como, prejuízos ambientais relativos à predação da fauna selvagem, contaminação ambiental, acidentes de trânsito, agressões a seres humanos, violência e maus tratos contra animais, poluição sonora, briga entre vizinhos, entre outros (GARCIA, 2009).

Diante deste panorama e considerando que o médico veterinário é, enquanto agente de saúde pública, com seus conhecimentos específicos e compreensão das relações intrínsecas às

coletividades, apto a atuar na prevenção de doenças, proteção da vida e promoção da saúde e bem-estar de humanos e animais (MEDITSCH, 2006), e após longo pleito pelos conselhos que representam a categoria profissional, que em 24 de outubro de 2011, mediante a Portaria nº 2488 do Ministério da Saúde, foi autorizada a inclusão destes profissionais como possíveis integrantes das equipes dos NASF-AB (BRASIL, 2011).

Favaro et al. (2017) reiteram que na perspectiva da composição de equipes multiprofissionais, o médico veterinário deve atuar em específico na avaliação de fatores de risco à saúde relativos à interação entre humanos, animais e ambiente, participando conjuntamente do exercício de planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelo programa.

A aproximação do médico veterinário com a comunidade e atuação em equipes multiprofissionais permitem o aumento da capacidade resolutiva das demandas encontradas nos territórios assistidos. No entanto, a sociedade brasileira, inclusive profissionais de saúde e gestores, ainda detêm um conhecimento limitado sobre a amplitude da atuação do médico veterinário na área da saúde pública, especialmente no trabalho de atenção primária à saúde através da participação junto aos NASF-AB (ARAÚJO, 2013; NOGUEIRA, 2018). Foram identificados relatos das experiências empreendidas por veterinários atuantes nos núcleos dos Estados do Rio Grande do Norte e São Paulo (CFMV 2016), Ceará, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, e Rio Grande do Sul (MOUTINHO, 2017), cujos trabalhos estão centrados no âmbito de educação em saúde, abordando temáticas referentes à prevenção de zoonoses e arbovirose. De toda forma, o número de médicos veterinários trabalhando neste setor ainda é muito limitado, de acordo com dados do Ministério da Saúde, até o ano de 2017, constavam apenas 133 profissionais em todo o país (BRASIL, 2017). Reitera-se, então, a necessidade de maiores esforços direcionados às autoridades políticas e de saúde, e à própria população, no intuito de expender a importância da inserção do profissional médico veterinário nas equipes do NASF-AB.

Esta pesquisa teve como objetivos norteadores identificar e analisar as percepções destes profissionais acerca da importância da atuação do médico veterinário no setor. Pretende-se, desta forma, contribuir para uma melhor compreensão acerca do papel do profissional médico veterinário na atenção básica.

Procedimentos metodológicos

Tipo do estudo

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de caráter exploratório-descritivo. A abordagem qualitativa foi eleita por se tratar de um método que conduz ao aprofundamento da compreensão das relações, representações, percepções e opiniões advindas das interpretações que os indivíduos ou grupos sociais fazem a respeito das realidades que vivenciam, de tal maneira que se adequa às investigações voltadas a segmentos delimitados e focalizados, sem a necessidade de uma representatividade numérica (MINAYO, 2006). O cunho exploratório-descritivo do estudo baseia-se no fato de que pesquisas desta natureza buscam descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis, através do uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, objetivando explorar, formular hipóteses e aprofundar o conhecimento acerca de uma realidade específica (GIL, 2007; PRODANOV; FREITAS, 2013).

Local

A pesquisa foi realizada no âmbito da Secretária Municipal de Saúde de Patos - PB, junto aos sete Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) existentes no município.

O município de Patos conta com uma população de 107.067 habitantes, 40 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 4 Distritos Geo-administrativos (DGAs) e apoiadas pelas equipes multiprofissionais dos sete NASF-AB tipo 1 (BRASIL, 2018).

Participantes

Foram entrevistados quinze profissionais, incluindo os coordenadores das sete equipes dos NASF-AB da cidade de Patos. As categorias profissionais dos participantes abrangeram: nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos e educadores físicos. A amostra foi constituída de modo aleatório, sendo considerado como critério de inclusão: trabalhar no NASF-AB há pelo menos um ano, sendo excluídos aqueles profissionais que estavam afastados do serviço durante o momento da coleta de dados. Considerando que qualquer integrante das equipes multiprofissionais deve conhecer a dinâmica do núcleo em que está inserido, uma vez que as ações são integradas, as entrevistas contemplaram pelo menos um representante de cada NASF-AB e de cada categoria profissional atuante no serviço.

Coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019, por meio de entrevistas semiestruturadas baseadas em um roteiro elaborado especificamente para esse fim. As questões norteadoras perpassaram por dois eixos principais de investigação: caracterização da equipe, natureza e dinâmica das atividades realizadas nos seus territórios de atuação; e percepções relativas à inserção e potencialidades de atuação do profissional médico veterinário junto às equipes.

As entrevistas foram previamente agendadas e individualmente conduzidas nos setores em que os profissionais estavam prestando seus serviços na ocasião (sede da Secretaria Municipal de Saúde e Unidades Básicas de Saúde). Para favorecer a acurácia da análise dos dados, todas as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra. Acerca dos aspectos éticos, o estudo foi conduzido de acordo com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer número 3.124.827) e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos participantes.

O material resultante da transcrição das entrevistas foi submetido à técnica de análise do conteúdo, conforme preconizado por Bardin (2010), utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, visando à inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção de tais mensagens. A referida técnica constitui-se de três grandes etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados e interpretação. A primeira etapa é descrita como a fase de organização, que pode abranger diversos procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Na segunda etapa é feita a codificação dos dados a partir das unidades de registro. A última etapa consiste na categorização, em que os elementos são agrupados segundo suas semelhanças para serem interpretados e analisados.

Resultados e Discussão

Os dados referentes à caracterização das atividades realizadas pelas equipes em relação à prática da saúde única evidenciaram que: ações educativas ou assistenciais que contemplem o elo homem-animal-ambiente não são rotineiramente desenvolvidas, sendo relatadas apenas as ações de combate e prevenção da dengue e demais arboviroses; o diálogo intersetorial entre as vigilâncias e as equipes é incipiente, de forma que não são desenvolvidas ações integradas, no

entanto, a gestão reconhece a importância deste tipo de aproximação e relata estar planejando ações neste sentido; e não se dispõe de dados relativos ao contingente e distribuição de animais domiciliados no território.

Em relação ao segundo eixo norteador da investigação, tem-se que a análise permitiu a sistematização do conteúdo proveniente das entrevistas em três categorias de sentido relacionadas à percepção acerca da importância da participação do profissional médico veterinário nas equipes do NASF-AB. Desta forma, verificou-se que tais percepções eram construídas e sustentadas a partir dos seguintes eixos principais: 1) Identificação de demandas ligadas à área de atuação do médico veterinário; 2) Experiências advindas da presença de estudantes estagiários de medicina veterinária nos núcleos; 3) Reflexões sobre os motivos da não inserção deste profissional. As particularidades de cada categoria são apresentadas e discutidas a seguir, sendo fundamentadas a partir da apresentação dos recortes das narrativas dos sujeitos participantes.

Categoria I: Identificação de demandas ligadas à área de atuação do médico veterinário

Compreender a importância de uma categoria profissional em um determinado contexto de saúde perpassa pelo reconhecimento das situações nas quais o núcleo de conhecimento específico inerente àquela formação poderia contribuir para a construção de intervenções mais efetivas. Desta forma, os sujeitos entrevistados foram questionados quanto às possíveis demandas em que a atuação de um profissional médico veterinário poderia ser um diferencial a potencializar a resolubilidade de problemas vivenciados na atenção básica. Neste sentido, foram constatadas três subcategorias, uma referente à identificação de demandas existentes no território assistido, outra relativa a vivências externas ao território de atuação, e a terceira relacionada a propostas generalistas de atuação.

Subcategoria 1: Identificação de demandas existentes no território assistido

A seguir, são expostas as falas mais representativas desta categoria de sentido, em que os entrevistados identificaram situações vivenciadas no território em que trabalham e apontaram a importância da atuação do médico veterinário nestes casos. Seguem as narrativas:

“Teve um caso de uma paciente com uma complicação do diabetes, o pé diabético, que trabalhava com carne, morava num ambiente extremamente insalubre, com animais em contato direto com os ferimentos do pé diabético. Lógico que a gente falava dessa questão do animal em contato com o ferimento, mas é diferente o olhar clínico do enfermeiro, do nutricionista, é diferente se for o médico veterinário a abordar e disser: ‘olhe, seu cão que tá aqui direto, a senhora acarinhando com a perna, com a parte que está lesionada, pode trazer

danos, vamos tentar afastar um pouquinho'. É diferente.” (sic) (Sujeito 1)

“Essa área que a gente atende é bem precária, tem muito animal na rua e não é todo mundo que gosta de animais. A gente ficou sabendo esses dias, que nessa área já chegaram até a matar cachorro, envenenar cachorro, envenenar gato. Inclusive, umas pessoas que tavam no postinho presenciaram a ação de matarem o cachorro. Mataram o animal e jogaram lá, no mato, no matagal, então ficou muito mau cheiro ali em volta, além da questão de mosca e mosquito. O veterinário poderia ajudar nessa conscientização e na parte ambiental mesmo.” (sic) (Sujeito 3)

“É tanto que, às vezes os animais causam até acidente, porque também o pessoal cria e depois abandona, quando vai ficando velho ou quando contrai alguma doença. Tem muito isso aqui, você já ver se tivesse com a gente na unidade hoje de manhã. Acho que o veterinário também podia ver isso aí.” (sic) (Sujeito 4)

“Aqui no território, a gente já soube de casos de atropelamento de animal, mas também de casos do animal provocar o acidente. Seria importante o veterinário pra tentar ajudar nisso.” (sic) (Sujeito 6)

“A gente vê nas visitas, a presença de animais nas casas, e muitas das vezes, eu colocaria até como a maioria das vezes, as pessoas talvez não tenham todas as informações básicas necessárias de cuidados com os animais. E a gente sabe que tem as doenças que podem ser transmitidas entre eles e que pode também chegar ao ser humano, a gente vê uma dificuldade das pessoas terem acesso a essas informações.” (sic) (Sujeito 7)

“A gente tinha uma pessoa aqui na comunidade que acumulava lixo dentro de casa e ela tinha animais, tinha alguns animais, não era muitos, mas ela tinha gato, cachorro, e tinha até um bode. E, assim, além do ambiente ser totalmente insalubre, não tinha espaço nem pra ela, muito menos para os animais, era patológica mesmo a questão dela. Ela morava sozinha, era uma idosa, sem nenhuma higiene, tinha feridas pelo corpo, e assim, a gente pensou em várias ações pra ajudar, mas não consegui muita coisa, porque se a gente fizesse uma limpeza na casa dela por exemplo, tirasse tudo, podia afetar ainda mais a saúde mental dela. Ela mudou-se pra zona rural e eu não sei como ela está, mas eu acredito que foi uma ruptura muito grande. O veterinário poderia colaborar num caso desses.” (sic) (Sujeito 11)

“Acho que o veterinário poderia ajudar como em um caso que a mulher criava dois pitbull dentro de casa, e a gente não conseguia ter acesso, não conseguia fazer a visita, o atendimento. Morava dois idosos e uma deficiente física sem nenhum cuidador responsável. A gente teve que chamar bombeiro, policial pra segurar os cães. O esposo dela já estava praticamente em fase de morrer, e toda vez que ia o ACS ou o NASF, não conseguia ter acesso. E a questão da higiene também era péssima, porque ela criava dentro de casa, fazendo as necessidades lá, comendo junto com eles. E o esposo chegou a falecer, tão grande tava a situação dele de falta de higiene e de cuidados.” (sic) (Sujeito 12)

“O veterinário seria importante em casos assim, como uma vez a gente recebeu uma queixa dos vizinhos de uma senhora de idade que criava gatos, e aí ela não tinha controle, colocava comida na calçada, e os gatos faziam aquela sujeira e entravam nas casas da vizinhança. Ela já bem idosa e sozinha, até ela mesma se queixava, mas não conseguia, digamos assim,

abandoná-los. Uma situação bem delicada e complicada, os vizinhos se queixavam, ela não conseguia desapegar, mas ela também não estava bem diante daquilo. Na época, a gente fez só orientações, mas a postura final dela era de quem não queria se desapegar, não queria mudar.” (sic) (Sujeito 13)

“Tem o caso de uma senhorinha que não recebe ninguém, quando a gente vai passando na calçada, ela já vai fechando a porta e perguntando: o que é que vocês querem? Ela joga comida nas calçadas, muita comida, dizendo que é pros animais e que ela gosta muito dos animais. Já houve relato até de encontrar um gato morto dentro da casa dela. A outra equipe até acionou o Ministério Público, só que ela não quer ajuda de ninguém, até da própria família, ela não aceita. A gente sabe que tem gato, pássaro, cachorro, que ela joga na calçada pra esses animais, na verdade, o que tem lá dentro a gente não sabe. Quem sabe se tivesse um veterinário na equipe, ela não iria se interessar em nos receber.” (sic) (Sujeito 14)

De acordo com as narrativas apresentadas, constata-se a presença de demandas relativas à interface da saúde do ser humano, dos animais e do meio ambiente, para as quais, ações baseadas no conceito de saúde única e conduzidas conjuntamente com a participação do profissional médico veterinário poderiam ser elaboradas com o intuito de colaborar para a uma maior resolubilidade.

Mediante as falas dos entrevistados, foram expostas problemáticas relativas a: riscos de transmissão de zoonoses (discursos dos sujeitos 1 e 7), riscos de acidentes envolvendo animais (discursos dos sujeitos 4 e 6), abandono, violência e crime contra animais (discursos dos sujeitos 3 e 4), questão ambiental (discurso do sujeito 3), transtorno de acumulação de objetos e animais (discursos dos sujeitos 11, 12, 13 14, 15).

Todos estes aspectos levantados exigem um trabalho de educação permanente, com orientações e ações educativas consistentes, que no âmbito do NASF-AB poderiam ser conduzidas através de rodas de conversa e intervenções em salas de espera, bem como, através de atividades ligadas ao Programa Saúde na Escola. Além disso, são fundamentais ações intersetoriais e de apoio matricial. Enfatiza-se a necessidade de propostas que contemplem orientações inerentes à guarda responsável e bem-estar animal, uma vez que estas temáticas podem ser tratadas como eixo central que permite a abrangência dos demais aspectos (zoonoses, acidentes, questões ambientais e transtorno de acumulação) postos em evidência através das narrativas dos participantes da pesquisa.

Neste contexto, considera-se que o médico veterinário pode contribuir oferecendo seu conhecimento, orientação e visão crítica às ações que envolvem o elo animal, ambiente e ser humano, além de atuar como elemento potencializador das ações em políticas públicas de

saúde (MORAES, 2017). É pertinente destacar que a proposta de trabalho do NASF-AB deve ser direcionada à corresponsabilização e à gestão integrada do cuidado por meio de atendimento compartilhado e interdisciplinar (BRASIL, 2014), desta forma, as ações não seriam de responsabilidade isolada do médico veterinário, mas construídas e conduzidas conjuntamente com os demais profissionais de saúde atuantes no território.

Subcategoria 2: Identificação de demandas a partir de vivências externas ao território de atuação

Sabe-se que as equipes do NASF-AB devem utilizar o espaço das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do território adscrito e atuar a partir das demandas identificadas em conjunto com as equipes de referência, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2014). No entanto, a identificação de demandas, ainda que externas ao território de atuação dos profissionais, neste caso, colabora para a identificação das suas percepções quanto à atuação do médico veterinário na atenção básica. Desta forma, quando questionados sobre situações relativas à interface homem-animal-ambiente no contexto da atenção básica, independente da localização, em que julgavam importante a atuação do médico veterinário, destacaram-se as seguintes narrativas:

“Teve uma vez, que eu tava num postinho de outra área e chegou um rapaz que tinha sido mordido por uma raposa. A gente vê casos como esse, mas não é uma coisa tão periódica. O veterinário poderia orientar sobre estas ocorrências e ajudar nos encaminhamentos.” (sic) (Sujeito 3)

“Em uma cidade próxima, eles estão doidos pra descobrir quem foi que violentou umas cachorras, porque as cachorras estão sendo violentadas sexualmente. É tanto que tinha uma cachorra lá que chama ..., que é a mais antiga nessa comunidade, a cachorra tava com filhotes e foi abusada, e parece que não foi a primeira vez. Acho que o veterinário pode ajudar de alguma forma pra conscientizar o povo sobre isso e pra combater mesmo, fazer palestra pelo PSE, tratar disso nas associações de bairro.” (sic) (Sujeito 4 – a*)

“Em outro território que eu trabalhei aqui na cidade, uma vez eu fui uma visita que eram três irmãos, todos três tinham transtorno, eles tinham muita coisa acumulada na casa, só tinha assim o caminho de passar. Eles não deixavam limpar, ninguém podia fazer nada, acumulavam tudo, o que eles viam na rua, iam pegando e levando pra dentro de casa, tanto que era a gente assim na visita e vendo os ratos passando por lá. Eles tinham uma adoração por um galo que eles criavam lá. Situação que esse profissional pode ajudar por causa dos animais presentes.” (sic) (Sujeito 4 – b*)

“Uma vez, numa unidade de outra área da cidade, uma pessoa tinha sido mordida ou arranhada, não lembro direito, por um gato e tava atrás da vacina de raiva. Também é uma demanda que cabe o veterinário.” (sic) (Sujeito 4 – c*)

* Referem-se às diversas narrativas do mesmo sujeito.

“Em outra cidade em que eu trabalhei, eu cheguei a ficar doente por causa de uma paciente, ela tinha animais em casa e tinha adquirido sarna, e eu peguei dela. Isso porque eu fui levar ela no mesmo carro pra fazer atendimento e eu acabei pegando esse problema na pele em virtude desse contato com ela. O veterinário é importante nesse tipo de situação.” (sic) (Sujeito 11)

Desta forma, são reveladas situações referentes aos riscos de transmissão de zoonoses, evidenciadas nas falas dos sujeitos 3, 4-c, 11; violência e crime contra animais, de acordo com o discurso 4-a; transtorno de acumulação e presença de animais sinantrópicos, em concordância com a narrativa 4-b.

Nesta e na subcategoria anterior, foi recorrente a apresentação de casos relativos ao transtorno de acumulação. Sendo assim, é necessário apontar que este transtorno caracteriza-se como uma desordem neuropsiquiátrica, considerada problema de saúde pública, em função das dimensões e intensidade das consequências desencadeadas. Gómez-Feria (2009) assinala que o ambiente de acumulação é favorável para o desenvolvimento de insetos e animais sinantrópicos que podem atuar como vetores ou reservatórios para diversos agentes infecciosos, e o risco para a transmissão de zoonoses aumenta quando há a acumulação de animais. É imprescindível destacar que a pessoa acumuladora não tem consciência da gravidade do seu comportamento e resistem a qualquer tentativa de ajuda. Estes casos exigem intervenções de cunho multiprofissional a partir de uma visão sistêmica da saúde (TOLIN et al., 2010). Neste sentido, as equipes de saúde devem ser capacitadas para identificação dos primeiros sinais da enfermidade, uma vez que quanto mais precoce o diagnóstico e o tratamento, melhor a evolução do caso (GÓMEZ-FERRIA, 2009). Sendo assim, o médico veterinário pode colaborar para a construção de intervenções e ações educativas pautadas pelo conceito de saúde única.

Outro tópico recorrente nas duas subcategorias até agora apresentadas refere-se aos crimes de violência contra animais. A proteção do bem-estar animal no Brasil é amparada, em especial, pelo artigo 225 da Constituição Federal e pela Lei de Crimes Ambientais (Lei nº 9.605/1998). Segundo o referido artigo, incumbe ao poder público, entre outras responsabilidades, proteger a fauna e a flora, sendo vedadas, na forma da lei, as práticas que coloquem em risco sua função ecológica, provoquem a extinção de espécies ou submetam os animais a crueldade. Segundo esta lei é crime praticar ato de abuso, maus-tratos, ferir ou mutilar animais silvestres, domésticos ou domesticados, nativos ou exóticos (BRASIL, 1998). Destaca-se, ainda, que a crueldade com animais é um sinal de alerta e uma mensagem na

identificação de outros tipos de violência. Arkow (1996) aponta que em presença de violência contra animais, as pessoas estão em risco, da mesma forma que quando há abuso em relação às pessoas, os animais estão em risco, estabelecendo-se um ciclo ininterrupto de ações e retroações. É fundamental repensar a violência sob uma ótica histórico-contextual e aberta à percepção da violência interespécie, de forma que os médicos veterinários podem contribuir para a identificação e prevenção da violência familiar. Sendo assim, no contexto da atenção básica, este profissional pode desenvolver ações educativas que promovam a guarda responsável e que orientem quanto às condições que podem caracterizar crime de maus-tratos contra os animais, além de contribuir, de maneira integrada com outros setores, para o reconhecimento de casos de violência no território assistido.

Em relação às zoonoses, as de caráter dermatológico são consideradas de grande importância devido à crescente proximidade e contato direto entre o homem e os animais, o que facilita sua transmissão, levando a diversos tipos de lesões cutâneas. Neste sentido, estudos conduzidos por Brum et al., (2007) demonstraram que dentre as dermatopatias infecciosas em pessoas, 5% das infestações por ectoparasitas, 30% das microsporoses e 15% das dermatofitoses, são de origem animal. A outra situação exposta por meio das narrativas refere-se à exposição a situações de risco mediante mordedura/arranhadura de animais silvestres (raposa) e domésticos (gato). Neste caso, salienta-se o risco para a transmissão de raiva, doença de notificação compulsória e considerada endêmica no Brasil, cujo controle é complexo devido ao elevado número de espécies de animais potencialmente transmissores. Apesar de a raiva urbana ser considerada controlada, a reintrodução da raiva no ambiente urbano a partir do ciclo silvestre é uma preocupação nacional (ROCHA, 2014). Em levantamento epidemiológico, contemplando o período de 2001 a 2011 foram registrados 110 óbitos no país, sendo a região Nordeste detentora do maior número de mortes (61 óbitos - 55,5%) (SILVA NETO; RODRIGUES; CARVALHO, 2012). Considera-se que as mortes humanas ocorrem devido à ignorância ou ao não reconhecimento da exposição (ROCHA, 2014), sendo de grande importância tanto a educação do público quanto a dos profissionais da área de saúde, desta forma, o médico veterinário pode desenvolver ações fundamentais na atenção básica, inclusive, atuando como um elo entre as equipes de Saúde da Família e os setores da vigilância em saúde.

Subcategoria 3: Propostas generalistas de atuação

Além da identificação de situações-problema vivenciadas dentro e fora do território de atuação dos profissionais entrevistados, conforme descrito anteriormente, foram levantadas também propostas mais genéricas acerca de ações que poderiam ser realizadas pelo médico veterinário em um contexto geral de atenção primária à saúde, como componente da equipe do NASF. Neste sentido, destacam-se as narrativas:

“Na questão de saúde alimentar o médico veterinário pode tá contribuindo quanto à saúde dos abatedouros, dos comércios. A conscientização da manipulação de alimentos, as pessoas podiam ser despertadas a pensar na qualidade do alimento, na qualidade da carne, porque todo mundo tem um certo receio de que tipo de carne tá comendo, da qualidade da carne, então é algo que o médico veterinário poderia está abordando, está mostrando como conhecer, porque assim quantos casos de animais que são abatidos com doença, mas mesmo assim essa carne chega ao consumo, abordar os danos que isso poderia tá trazendo pras pessoas. Tem também o consumo exagerado de aves, que ainda tem aquele estigma do uso de hormônios, uns falam que usa, outros que não usa, e assim a gente fica na dúvida. Então acho que são áreas que podem estar sendo despertadas. Tem também as fábricas de produtos alimentícios, que a gente podia tá mostrando não só a qualidade do produto que tá sendo oferecido, mas também a questão da ambiência, que danos essa minha padaria pode tá causando aqui com esse fumacê inteiro, que a população fica respirando isso o dia inteiro, são situações que o veterinário tem essa visão ampliada. Enfim, eu acho que é uma área bastante rica” (sic) (Sujeito 1)

“Acompanhar os territórios pra identificar as fragilidades, os riscos, juntamente com as agentes de saúde, as equipes, e dali poder elaborar ações educativas de vacinação, prevenção, e dar os encaminhamentos que forem precisos.” (sic) (Sujeito 2)

“O veterinário pode fazer visitas domiciliares para as pessoas que têm animal em casa. Acho que podia fazer também palestras sobre as doenças, pra ver a questão dos animais não só dentro das casas, mas nas ruas também.” (sic) (Sujeito 5)

“O meu conhecimento pra essa atuação ainda é restrito, minha visão ainda não é tão ampliada, mas acredito que o veterinário pode atuar na questão das zoonoses. Também vemos animais sendo maltratados, negligenciados pelos cuidadores. E não temos uma estrutura, uma organização, um profissional que sabe manejar isso, que sabe orientar.” (sic) (Sujeito 6)

“Eu penso que o veterinário no NASF poderia fazer sala de espera, palestrando sobre alguma doença transmissível, sobre essa questão das doenças do animal e do homem.” (sic) (Sujeito 8)

“O veterinário poderia trabalhar até a questão de saúde mental, os animais acabam interferindo na saúde mental das pessoas. Então, a gente pode ter essa visão, cuidar dos animais porque também ajuda na saúde do homem. O animal serve como uma companhia, uma responsabilidade que a pessoa pode ter no cuidar. Acaba que o ser humano pode se

sentir importante, assim: eu tenho que cuidar daquele animal, eu tenho uma responsabilidade, eu tenho um lugarzinho pra ocupar no mundo como ser humano que cuida daquele animal.” (sic) (Sujeito 9)

“Seria importante o veterinário pra trabalhar a educação em saúde, a educação popular, em relação aos riscos, às doenças, aos cuidados com os animais, porque os animais estão vivendo diariamente conosco. Seria essencial nessa questão de proteção e cuidado.” (sic) (Sujeito 12)

De acordo com as narrativas, as propostas apresentadas centralizaram-se em torno da dimensão técnico-pedagógica, que é um dos pilares propostos pelas diretrizes nacionais para a organização do trabalho no setor. Por meio da dimensão técnico-pedagógica busca-se produzir ação de apoio educativo para e com as equipes multiprofissionais. As temáticas apresentadas pelos entrevistados como norteadoras para a construção destes processos educativos a partir da perspectiva especializada do profissional médico veterinário foram: segurança de alimentos (discurso do sujeito 1), cuidado com o meio ambiente (discurso do sujeito 1), zoonoses e medidas preventivas (discursos dos sujeitos 2, 5, 6, 8, 12), proteção animal (discursos dos sujeitos 6 e 12) e benefícios da relação homem-animal para a saúde mental (discurso do sujeito 9).

Outros tópicos presentes nas falas dos entrevistados apontam para aspectos importantes do trabalho das equipes de NASF, tais como a importância da territorialização (discurso do sujeito 2), e das metodologias usadas na assistência como as visitas domiciliares (discurso do sujeito 5) e as práticas em sala de espera (discurso do sujeito 8). Acerca da territorialização, no exercício de se fazer um diagnóstico situacional, o médico veterinário pode contribuir de modo significativo, uma vez que segundo Maroso (2006) a sua formação estimula a compreensão das coletividades (populações), aliada aos conhecimentos específicos em parasitologia, microbiologia, zoonoses, epidemiologia e, principalmente, com uma visão voltada para a prevenção dos agravos. Desta maneira, este profissional está habituado a lidar com as inter-relações existentes entre humanos, animais e ambiente, o que favorece à detecção e análise da problemática inerente aos territórios. Por outro lado, de acordo com Bürger (2010) e Cruz (2015) ainda existem fragilidades na formação deste profissional em relação à área humanística, e para atuar na atenção primária à saúde é imprescindível o fortalecimento nas áreas do conhecimento que conduzam ao desenvolvimento de habilidades voltadas à humanização do cuidado, favorecendo as práticas das metodologias comumente utilizadas como as visitas domiciliares e intervenções em salas de espera.

Categoria II: Experiências advindas da presença de estudantes estagiários de medicina veterinária nos núcleos

Ao serem indagados quanto à importância do médico veterinário no NASF-AB, alguns participantes, em meio às suas respostas, mencionaram o contato que haviam tido com estudantes de medicina veterinária que estagiaram no setor, o que permitiu uma maior exploração acerca destas vivências. Ressalta-se que nem todos os entrevistados tiveram esse contato, uma vez que algumas equipes não receberam estagiários de medicina veterinária. Sobre essa temática, as narrativas mais representativas foram:

“Percebi muitos olhos de não aceitação, de questionamento, assim: ‘por que um veterinário aqui?’ Talvez as pessoas não tenham a informação de que se trata de uma equipe multiprofissional e que qualquer profissional que venha dentro da sua carga de conhecimento, vem pra somar. A gente percebeu muitos questionamentos: ‘esse pessoal veio fazer o quê?’ Quando, na realidade, se os estudantes souberem abraçar realmente a oportunidade, chegarem nos estágios e demonstrarem que têm realmente um diferencial, que eles podem contribuir, eu acredito que pode se ampliar essa visão. A minha experiência foi com profissionais muito comprometidos, muito bons, mas que não tinham essa visão de explorar outras áreas que a veterinária aborda, então a gente teve o suporte deles em campanhas vacinais, que contribui, mas que o foco não é apenas esse. A gente teve visitas domiciliares na zona rural, com o estagiário veterinário que ele podia tá abordando outras questões dentro família, no entanto não houve nenhuma troca, entendeu? Muitas vezes também o profissional que vem estagiar no NASF vem por uma carga horária, por uma demanda da faculdade, então nem sempre é o seu perfil, é o que você quer. Muitas vezes eu percebo que o médico veterinário fica muito voltado à clínica e não aborda outros temas, porque dentro de um contexto de uma visita domiciliar na área rural com a equipe multiprofissional, se ele tiver uma visão de saúde pública e principalmente de atenção primária, tem uma abordagem muito enriquecedora a ser feita.” (sic) (Sujeito 1)

“Quando o pessoal chegou lá no estágio, eu não sabia que podia ter veterinário na equipe, eu não sabia disso. Mas aí, eles chegaram e eu falei: ‘tá aí o que estava faltando, o veterinário’. Eu até tinha pensado já no veterinário ligado a outros setores do SUS, mas não tinha pensado ainda enquanto NASF. Quando eu vi, caiu a ficha, falei: ‘ó, claro, fundamental, fundamental’. Só que tem o seguinte também, pra esses profissionais irem para o serviço, precisam entender que serviço é esse. Muitos chegaram no NASF, mas não sabiam o que era o NASF, não sabiam com o que o NASF trabalha, como o matriciamento, por exemplo. Entendendo o serviço, pode chegar já com uma ideia do que pode fazer para aproveitar o tempo que estará estagiando, algo pra trazer saúde pra cá.” (sic) (Sujeito 2)

“A gente procura envolvê-los no nosso trabalho, propor atividades coletivas pra que eles possam dar palestras sobre algum tipo de zoonose, como leishmaniose visceral, a questão do ciclo, dos riscos pra chegar no animal. Informações, como por exemplo, tuberculose, que até

nós não tínhamos tanta profundidade de conhecimento pra saber que também passa do animal pra o ser humano, e a própria população também não sabe disso. Muitas das pessoas que a gente já falou sobre isso em atividades coletivas e atividades nas casas - quando a gente vai fazer visitas, aí a gente já fala, já passa a incorporar nas nossas orientações esse discurso de prevenção - e as pessoas nem imaginam que podem ter esses tantos riscos.” (sic) (Sujeito 7)

“Eu acho muito legal essa participação dos estagiários porque tinha muita coisa mesmo que eu não sabia envolvendo animais, por exemplo, que tem a microcefalia que pode ser causada por um parasita que aparece nas fezes dos animais. Eles foram bem receptivos quanto a isso. Inclusive muita coisa que a população não sabia ficou sabendo através deles.” (sic) (Sujeito 8)

“Em todo lugar hoje tem animais, tem animais soltos nas ruas, tem animais dentro das casas, e muitos pessoas não sabem absolutamente nada sobre as doenças que podem ser transmitidas nesse contato, sobre se prevenir, nem como funciona o hospital veterinário da universidade. Quando eles vêm e repassam informações sobre isso é uma coisa bem enriquecedora. Com a última estagiária que teve aqui, a gente teve uma troca muito boa, ela, inclusive, me ensinou várias coisas que eu não sabia, e ensinou também aos ACS.” (sic) (Sujeito 10)

“Os estudantes do estágio quando estiveram aqui, fizeram muito trabalho em sala de espera, e sempre a população se interessava muito, perguntava, questionava. Nas visitas domiciliares quando dizia: ‘esse aqui é veterinário’, surgia sempre uma demanda, um questionamento. O estágio foi bem difícil porque a gente não tem o profissional na equipe. Era mais pra cumprir uma solicitação do MEC, que eles tinham que fazer esse estágio, mas a gente se articulou como pode e assim foi um trabalho muito bacana, e rendeu muito.” (sic) (Sujeito 11)

“Quando vem estudantes de veterinária pro estágio, nem sempre eles sabem o que vão fazer aqui, talvez falte alguma coisa na graduação sobre o que é a atenção básica. Falta um pouco dessa atitude voltada à atenção primária mesmo e isso pode ser um problema ligado à falta de um preparo antes de vir pra cá. Não é falta de vontade deles, ou de competência específica deles, é que eles não sabem o que é preciso fazer. Por outro lado, tem também a questão de não ter um profissional veterinário aqui inserido, eles chegam aqui e não tem ninguém da área pra dar essa orientação, não tem quem diga o que cabe a eles fazer e não cabe a gente tá propondo, orientando, até porque não temos o conhecimento aprofundado da área pra saber o que pode ou não fazer.” (sic) (Sujeito 13)

Através dos relatos, foi possível evidenciar que ainda existe um desconhecimento da população quanto ao papel do médico veterinário como agente de saúde pública (discurso do sujeito 1). A visão que a sociedade tem do profissional médico veterinário e o desconhecimento da sua importância na área da saúde pública dificultam a devida ocupação

desses espaços. A divulgação das ações desenvolvidas pelo profissional atuante na área é incipiente, dificultando a sua devida valorização. Ocorre que, muitas vezes, o médico veterinário ainda é associado e valorizado apenas pela prática da clínica veterinária. É fundamental que essa situação seja revertida, mas para que a sociedade valorize a atuação desse profissional na área da saúde pública é necessário que o próprio médico veterinário a valorize (BÜRGER, 2010).

O desconhecimento da atuação do médico veterinário no NASF-AB também ocorre, algumas vezes, no próprio segmento dos profissionais de saúde (discurso do sujeito 2). Araújo (2013), em pesquisa realizada na cidade de Patos-PB, com o intuito de avaliar o conhecimento de profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família quanto à possibilidade de inserção do médico veterinário no NASF-AB, constatou que dentre os entrevistados, 94% dos médicos, 83% dos enfermeiros e 94% dos odontólogos desconheciam o assunto.

Por outro lado, a maioria dos discursos apresentados apontaram para o reconhecimento da importância deste profissional na atenção básica. Uma vez que este consegue colocar-se no serviço e contribuir de modo efetivo, a visão a respeito de sua atuação profissional amplia-se. Percebe-se que as abordagens educativas voltadas à identificação e prevenção de zoonoses foram bem recebidas tanto pelos próprios profissionais do setor (discursos dos sujeitos 7, 8, 10) como pela população (discursos dos sujeitos 7, 8, 10, 11). Os temas tratados pelos estagiários, de acordo com os relatos, abrangeram leishmaniose visceral, tuberculose (discurso do sujeito 7) e, possivelmente, a microcefalia associada à toxoplasmose (discurso do sujeito 8). Ressalta-se que além destes, há diversas outras possibilidades de temas que podem e devem ser apresentados e discutidos pelo médico veterinário na atenção básica, o que evidencia a importância de se fazer um diagnóstico situacional para identificar as reais demandas da população assistida em cada território, e a partir disso construir mecanismos específicos de intervenção.

As narrativas permitiram evidenciar a existência de lacunas e fragilidades na formação destes profissionais no que se refere ao exercício da profissão na atenção primária à saúde (discursos dos sujeitos 1, 2, 13). Mediante estudos conduzidos na Paraíba, por Araújo (2013), foi possível detectar o desconhecimento de estudantes de medicina veterinária sobre o processo de construção do SUS e as políticas públicas de saúde. Da mesma forma, Cruz (2015), em pesquisa realizada junto a acadêmicos dos quatro estados da região sudeste,

constatou que embora reconheçam a importância do papel do médico veterinário na saúde pública, a maioria apresenta conhecimento limitado sobre SUS e políticas públicas de saúde. A autora aponta que as matrizes curriculares das instituições de ensino da região sudeste não contemplam de forma adequada a área de atuação da Saúde Pública, priorizando o pensamento curativista e o modelo biomédico que privilegia a clínica veterinária em detrimento das demais áreas. Neste contexto, para que a inserção do médico veterinário no NASF-AB possa consolidar-se e trazer respostas efetivas dentro do cenário da atenção primária à saúde, faz-se necessário rever aspectos da formação profissional, é essencial desconstruir a mentalidade centralizada na prática curativista e redirecionar as bases para que conhecimento sistêmico da saúde seja estimulado desde o ingresso dos estudantes nas escolas de medicina veterinária, fortalecendo as áreas relativas às ciências humanas e às abordagens da saúde pública e medicina veterinária preventiva, bem como, valorizando competências e habilidades necessárias à atuação em espaços regidos pelos conceitos da saúde coletiva e saúde única.

Ressalta-se que as dificuldades enfrentadas pelos estagiários também perpassaram pelo fato de não haver profissionais médicos veterinários compondo as equipes (discursos dos sujeitos 11 e 13), de modo que a ausência de orientações específicas e da própria falta de referência profissional atuante no setor somaram-se às fragilidades advindas da formação, obstaculizando a realização de ações mais expressivas e consistentes ao longo do estágio.

Categoria III: Reflexões sobre os motivos da não inserção deste profissional

Ao serem direcionados, através dos questionamentos, à reflexão acerca dos motivos pelos quais não há a presença do médico veterinário compondo as equipes do NASF-AB, as narrativas mais representativas foram:

“Acho que esse processo de inserção depende muito, muito mesmo, desses primeiros profissionais que chegam para estagiar. Eles têm que vir, dar uma contribuição e fazer a diferença, pra que os profissionais de saúde que estão inseridos vejam a importância desse profissional junto à equipe e que essa resposta chegue ao gestor, porque mudança é algo que requer tempo, mas você muda alguma coisa quando você tem o diagnóstico de algo que pode contribuir. Então, é preciso que esses profissionais que vem estagiar junto aos NASF, que eles tenham algo a mostrar, primeiro passo se dá por aí.” (sic) (Sujeito 1)

“Pode ser mais essa coisa cultural mesmo: melhor colocar, por exemplo, um nutricionista do que um veterinário, porque, claro, vai atender gente. Talvez por essa visão.” (sic) (Sujeito 4)

“Pela visão cultural, pela visão distorcida, que acham que não há necessidade desse profissional numa equipe que gera um atendimento ambulatorial especializado: ‘pra que um médico veterinário? Ele vai tratar dos cachorros da rua?’ A própria população cria isso, e a própria equipe também pode ter resistência em poder compreender a importância desse profissional e de outros. Há a falta de conhecimento da importância desse profissional na atenção básica, falta de conhecimento de uns, ignorância de outros, resistência de outros, por isso que é importante a inserção, importante que esse profissional comece a trabalhar com uma educação permanente pra equipe, pra depois ir pra comunidade, porque quando a equipe percebe a importância, o papel desse profissional na unidade dando esse apoio, aí a população também vai entender.” (sic) (Sujeito 6)

“É uma questão de gestão, que, talvez, seja necessário um planejamento melhor da gestão pra incorporar um profissional de acordo com a área que tiver maior prioridade. Por exemplo, eu vejo que essa área tem a demanda, mas não é só essa área.” (sic) (Sujeito 7)

“Eu acho que ainda tá muito longe de se entender, de se trabalhar a saúde preventiva, a gente enfrenta esse desafio dia após dia. Porque a comunidade não quer saber de prevenção, eles não querem saber de conversa, eles querem saber de concreto. E o trabalho do NASF é um trabalho preventivo, de orientação, de educação permanente e a população não quer isso, quer praticidade. Então o poder público vai priorizar esses profissionais que tem como dar uma resposta mais concreta. Por exemplo, se você tiver um veterinário na equipe, a população vai querer consulta pro animal, como muitas vezes chegavam e diziam pra estagiária: ‘doutora, meu animal tá assim, assim, assim... o que é que eu faço?’ Aí ela dizia: ‘leve lá no hospital.’ Então, assim, eu acredito que a gestão acaba priorizando não aquilo que é mais importante, porque todos são, mas acaba priorizando aquilo que consegue dar uma resposta mais concreta.” (sic) (Sujeito 11)

“Por não saberem, não entenderem a importância do veterinário no NASF, não haver um diagnóstico no território de que existe essa demanda, eu acredito que a sua pesquisa, inclusive, vai ajudar nisso. Agora a gente começou a pensar que realmente existe uma demanda. As pessoas também não sabem que precisam de um veterinário, elas sabem que precisam de um médico, de um enfermeiro, mas não de um veterinário.” (sic) (Sujeito 12)

“Quem escolhe os profissionais de acordo com as demandas é a gestão. Essa demanda tem que chegar até a gestão, alguém tem que ir lá abrir os olhos da gestão pra isso. E como é que chega? Através de estudo, por exemplo, o seu estudo, que através dessa pesquisa vai mostrar pra eles e pra população que é importante ter o veterinário aqui no NASF. E com os outros profissionais, também foi assim, o fisioterapeuta não entrou à toa, o educador físico também não entrou à toa, foi todo um processo, uma construção pra mostrar que também precisavam estar no serviço.” (sic) (Sujeito 15)

A partir do exposto, constata-se que os pontos cruciais para que haja a devida inserção do médico veterinário nas equipes dos NASF-AB, de acordo com a visão dos entrevistados,

perpassam, direta ou indiretamente, pela percepção dos gestores quanto a importância deste profissional no serviço e pelo entendimento da população acerca de sua atuação como agente de saúde pública.

Para que a gestão perceba a relevância de inserir o médico veterinário nas equipes é necessário que haja a identificação de demandas que justifiquem a participação deste profissional na assistência a uma determinada comunidade e território (discursos dos sujeitos 7, 12, 15). Desta forma, destaca-se a significância de estabelecer um diagnóstico situacional, construindo elos entre os dados oriundos dos setores de vigilância e as práticas assistenciais direcionadas ao atendimento de uma determinada população. Acerca disso, assinala Nogueira (2018) que a atuação integrada do médico veterinário do NASF-AB com as áreas da vigilância em saúde, como a sanitária e a ambiental, é de extrema relevância, pois a maioria dos determinantes ambientais das doenças estão sob responsabilidade dessas equipes. A autora considera, ainda, que a análise epidemiológica deve ser o primeiro passo para um projeto de inclusão do médico veterinário na atenção primária à saúde, particularmente no NASF-AB, como estratégia de planejamento e definição de atividades a serem executadas no território.

Ademais, as narrativas indicam que as respostas alcançadas a partir do desempenho dos estudantes quando em estágio no setor (discurso do sujeito 1) podem ser uma demonstração, para os gestores, do quanto esta categoria profissional pode contribuir para prevenção dos agravos e promoção da saúde nos territórios. Destaca-se, também, a contribuição que pesquisas (discursos dos sujeitos 12 e 15), voltadas à identificação de demandas e à apresentação da amplitude de atuação profissional do médico veterinário, trazem para a gestão e facilitam neste processo de inserção. Neste ponto, denota-se a relevância de pesquisas qualitativas, que permitem compreender a realidade de forma complexa e contextualizada, permitindo uma maior aproximação entre o pesquisador, os sujeitos da pesquisa e a situação em análise (ZANATTA; COSTA, 2012), permitindo trocas de conhecimento e ressignificação de conceitos e percepções já durante a própria coleta de dados.

A população em geral, ainda detém uma visão limitada sobre a atuação do médico veterinário na atenção básica (discurso dos sujeitos 4, 6, 11, 12). É necessário que as comunidades sejam informadas sobre as diversas contribuições que a medicina veterinária já

trouxe e está apta a trazer para saúde pública. Ampliar a compreensão das pessoas sobre as potencialidades deste profissional, demonstrando, na prática, a abrangência de seus conhecimentos, competências e habilidades, é fundamental para a consolidação da sua inclusão deste nas equipes do NASF-AB.

Considerações finais

A capacidade de identificar demandas referentes à interface homem-animal-ambiente sob vários aspectos no território e a compreensão sobre a abrangência de ações pertinentes ao campo de atuação do médico veterinário por parte dos demais profissionais de saúde apontam para uma perspectiva positiva em relação à efetivação da inserção desta categoria nas equipes multiprofissionais dos NASF-AB, favorecendo a aplicabilidade de abordagens pautadas nos fundamentos da saúde única.

No entanto, as fragilidades em relação à formação do profissional médico veterinário no que se refere ao conhecimento sobre os processos de trabalho na atenção primária à saúde representam um desafio a ser superado. Somado a este fato, destaca-se a necessidade de programar estratégias mais consistentes voltadas à divulgação do papel do médico veterinário na saúde pública, como importante colaborador na prevenção de doenças e na promoção e recuperação da saúde.

Referências

ACHA, P. N.; SZYFRES, B. **Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y animales**. 3.ed. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2001.

AMERICAN VETERINARY MEDICAL ASSOCIATION (AVMA). One Health Initiative Task Force. **One Health: A New Professional Imperative**. Schaumburg IL, USA. 2008.

ARAÚJO, M. M. **Inserção do médico veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: estudos, perspectivas e propostas**. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, 2013.

ARKOW, P. The relationship between animal abuse and other forms of Family violence. **Family Violence and Sexual Assault Bulletin**. v.12 n 1, p. 29-34, 1996.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 2010.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei de Crimes Ambientais**. Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências. 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** – Volume I: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Obrigatória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 17 de fevereiro de 2016. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/ GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.48-55, 24 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2017. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>. Acesso em Nov/2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Informações de Saúde/TABNET 2018**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS> Acesso: Jan/2019.

BRESALIER, M.; CASSIDY, A.; WOODS, A. **One Health in History**. In *One Health: The Theory and Practice of Integrated Health Approaches*, edited by J. Zinsstag, E. Schelling, D. Waltner-Toews, M. Whittaker and M. Tanner, p.1–15. Wallingford: CABI, 2015.

BRUM, L. C.; CONCEIÇÃO, L. S.; RIBEIRO, V. M. et al. Principais Dermatoses zoonóticas de cães e gatos. **Revista Clínica Veterinária**. v. 69, p. 29-45, 2007.

BÜRGER, K. P. **O ensino de Saúde Pública Veterinária nos cursos de graduação em Medicina Veterinária no Estado de São Paulo**. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Veterinária) – Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Jaboticabal, 2010.

CFMV. Conselho Federal de Medicina Veterinária. Comissão Nacional de Saúde Pública Veterinária. O Médico Veterinário, a Estratégia de Saúde da Família e o NASF. **Rev. APS**. 2016 out/dez; v.19, n.4, p.635 - 643. CFMV. 2009.

COURTENAY, M.; SWEENEY, J.; ZIELINSKA, P.; BROWN BLAKE, S.; LA RAGIONE, R. One Health: An opportunity for an interprofessional approach to healthcare. **Journal of Interprofessional Care**. v. 29, n. 6, p. 641-643, 2015.

CRUZ, C. A. **O ensino da saúde pública veterinária nos cursos de graduação em medicina veterinária da região sudeste do Brasil**. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, 2015.

FARACO, C. B.; SEMINOTTI, N. A crueldade com animais: como identificar seus sinais? O Médico Veterinário e a prevenção da violência doméstica. **Revista do Conselho Federal de Medicina Veterinária**, Brasília, ano12, n. 37, p. 66-71, 2006.

FAVARO, A. B. B. C. et al. Estágio eletivo de residência junto com as equipes do NASF I, no município de Piraquara, estado do Paraná, Brasil. **Revista de Educação Continuada em Medicina Veterinária e Zootecnia do CRMV-SP**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 61-61, mar. 2017. ISSN 2179-6645. Disponível em: <<http://revistas.bvs-vet.org.br/recmvz/article/view/37644>>. Acesso em: 22 dez. 2018.

GARCIA, R. C. M. **Estudo da dinâmica populacional canina e felina e avaliação de ações para o equilíbrio dessas populações em área da cidade de São Paulo, SP**. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia. São Paulo, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2007.

GÓMEZ-FERIA, P. I. Formas clínicas de las conductas acumuladoras. **Psiquiatria Biol.** v. 16, n. 3 p. 122-130, 2009.

LUEDDEKE, G. R.; KAUFMAN, G. E.; LINDENMAYER, J. M.; STROUD, C. M. Preparing society to create the world we need through “One Health” education. **South Eastern European Journal of Public Health**. v. 6, p. 1-4, 2016.

MAROSO, J. A. **A inserção do Médico Veterinário no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2006. 36 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Escola de Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

MEDITSCH, R. G. M. O médico veterinário na construção da saúde pública: um estudo sobre o papel do profissional da clínica de pequenos animais em Florianópolis, Santa Catarina. **Revista CFMV**, Brasília/DF, ano XII, n. 38, p. maio/junho/julho/agosto, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006.

MORAES, F. C. **O médico veterinário capacitando agentes comunitários de saúde para atuação na estratégia saúde da família**. 53f. Tese (doutorado em Medicina Veterinária). Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinária. Universidade Estadual Paulista - UNESP, Jaboticabal, São Paulo, 2017.

MOUTINHO, F. F. B., Médico Veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: um profissional que pode fazer a diferença. **Rev. APS**. v. 19, n.4, p. 635 - 643. out/dez; 2016.

NOGUEIRA, C. S. L. **A importância da inclusão do médico veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista. Faculdades de Ciências Agrárias e Veterinárias, 2018.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C. Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. **Universidade Feevale**: 2ª edição, Novo Hamburgo-RS, 2013.

ROCHA, S. M., **Raiva silvestre: o perfil epidemiológico no Brasil (2002 A 2012)**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Animal) Universidade de Brasília/ Faculdade de Agronomia e Veterinária, 2014.

SILVA NETO, A. M.; RODRIGUES, A. R.; CARVALHO, K., C. N. Caracterização da raiva humana no Brasil no período de 2001 – 2011. **Revista Educação em Saúde**. v. 1, n. 1, 2012.

TOLIN, D. F.; FITCH, K. E.; FROST, R. O.; STEKETEE, G. Family informants' perceptions of insight in compulsive hoarding. **Cognitive Therapy and Research**. v. 34, n. 1, p 69-81, 2010.

ZANATTA, J. A.; COSTA, M. L. Algumas reflexões sobre a pesquisa qualitativa nas ciências sociais. **Estud. pesquis. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 344-359, 2012.

CONCLUSÕES GERAIS

Torna-se cada vez mais necessária a formação de profissionais de saúde capacitados para atuar em consonância com uma visão holística da saúde, considerando a dinâmica, os diversos aspectos e intrincadas relações que se estabelecem entre os seres vivos e o ambiente em que vivem. Sendo assim, o processo de formação destes profissionais deve ser repensado e ressignificado. Para elaborar intervenções pautadas nos fundamentos que sustentam a saúde única é necessário empreender abordagens multi, inter e transdisciplinares do conhecimento, o que configura um relevante desafio, uma vez que o sistema educacional opera, em grande parte, de acordo com uma lógica fragmentada e especializada do conhecimento. Neste sentido, também é necessário refletir sobre a viabilidade para construir mecanismos que permitam a integração, o diálogo e a elaboração conjunta de ações em saúde entre estudantes das diversas áreas do conhecimento, ainda no decorrer de sua formação.

Em relação ao profissional médico veterinário, para que se consolide a sua inserção nos NASF-AB é fundamental que a lógica curativista de sua formação abra espaço para o fortalecimento das áreas humanísticas e da medicina preventiva, valorizando a atuação profissional nos setores de saúde pública e atenção primária à saúde. É importante que sejam abordados conteúdos que contemplem as políticas públicas de saúde e a lógica de organização do trabalho na atenção básica. A presença do médico veterinário nos serviços da atenção básica configura um importante elo entre a saúde única e a saúde coletiva, ocupar estes espaços é primordial para que a população passe a enxergar com mais clareza a medicina veterinária dentro de uma perspectiva que alcança também a saúde humana.

A percepção dos profissionais de saúde atuantes nos NASF-AB demonstrou que há por parte deste segmento uma compreensão das potencialidades de atuação do médico veterinário em setores ligados à atenção primária à saúde, uma vez que foram identificadas demandas abrangentes em diversos aspectos que envolvem a interface da saúde única. Fortalecer essa visão mediante uma prática eficiente ao integrar as equipes multiprofissionais é primordial. É também oportuno que a atuação do médico veterinário nestes setores seja divulgada e valorizada, encorajando mais profissionais a aproximarem-se da área, bem como, contribuindo para que a população compreenda a importância basilar deste profissional como agente promotor de saúde pública.

ANEXOS

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: Análise da prática de saúde única e inserção do médico veterinário nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica

Pesquisadora Responsável: Talícia Maria Alves Benício

Informações sobre a pesquisa:

O senhor/a senhora está sendo convidado/a para participar de um estudo, cujo título é: Análise da prática de saúde única e inserção do médico veterinário nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica, tendo como objetivo averiguar o desenvolvimento de ações relativas à saúde única pelas equipes dos NASF-AB e a percepção acerca da importância da atuação do médico veterinário na Atenção Básica. Para a realização do estudo será necessária a sua participação em uma entrevista, em que serão feitos questionamentos direcionados estritamente à obtenção de dados que permitam alcançar o objetivo acima referido. Atendendo aos requisitos metodológicos, a entrevista deverá ser gravada para que o conteúdo possa ser analisado em profundidade, ficando o acesso aos áudios restrito unicamente à pesquisadora. Do ponto de vista social e institucional, esta pesquisa servirá para identificar potencialidades e traçar estratégias voltadas à implementação de ações que promovam a saúde da tríade homem-animal-ambiente no município de Patos. Considera-se importante destacar que o participante da pesquisa estará exposto a riscos mínimos de desconforto ou constrangimento ao participar da entrevista, e assim sendo, ressaltamos que para evitar e atenuar possíveis riscos e danos, todo o processo será conduzido de forma clara e ética, assegurando quaisquer orientações e assistência necessárias e garantindo a integridade física, moral e mental do entrevistado. Destacamos que as informações coletadas serão utilizadas unicamente para fins científicos, portanto, serão garantidos o absoluto sigilo e confidencialidade diante das informações que nos forem repassadas. O participante manifestará, através deste termo, o CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, cuja assinatura deverá ser feita em duas vias, sendo uma sua e outra da pesquisadora.

O estudo proposto terá como benefícios uma melhor compreensão de como são abordadas as questões inerentes à saúde única na atenção básica, permitindo, assim, a construção de estratégias mais efetivas que tomem por base as inter-relações entre a saúde humana, animal e ambiental. Desta forma, o NASF-AB poderá constituir-se num eficiente cenário para a prática das ações multidisciplinares em saúde única, melhor atendendo às demandas da população do município.

Na condição de participante, você está livre para negar-se a realizações que não considere convenientes e, até mesmo, abandonar o estudo a qualquer momento, em conformidade com a resolução 510/2016.

Você também terá direito a manter contato com o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos – PB (Rua Horácio Nóbrega s/n, Bairro Belo Horizonte, Patos – PB, 58.7004-200), através do telefone: 0.xx.83.3471.7300 – ramal 276 ou pelo e-mail cep@fiponline.edu.br.

Agradecemos pela sua atenção e participação, manifestadas com a assinatura deste termo.

Pesquisadora Responsável

Contato com a Pesquisadora responsável:

Fundação Francisco Mascarenhas

Faculdades Integradas de Patos

Rua Horácio Nóbrega s/n, Bairro Belo Horizonte, Patos – PB, CEP: 58.7004-200

Telefone Institucional: (083)3471-7300 - Telefone Pessoal: (083) 99697-0670

E-mail: proftaliciabenicio@gmail.com

Eu, _____,
portador do RG: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que terei, de acordo com a RESOLUÇÃO 510/2016, Capítulo III, Artigo 9º todos os meus direitos abaixo relacionados:

- A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento, se assim o desejar, bem como ter assegurado o absoluto sigilo das informações obtidas.
- A segurança de que não serei identificado/a, mantendo o caráter oficial da informação, assim como, será assegurada que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo.
- Ser indenizado pelo dano recorrente da pesquisa, caso venha a ocorrer, nos termos da lei, e o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.
- A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa.
- A garantia de que todas e quaisquer responsabilidades, nas diferentes fases da pesquisa, são dos pesquisadores, bem como fica assegurado que poderá haver exposição dos resultados finais em órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita.
- A garantia de que todo material resultante será utilizado exclusivamente para construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo entrevistado a qualquer momento.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Patos, Paraíba, _____ de _____ de _____.

Assinatura do entrevistado

[Home](#)[Author](#)

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to

Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID

CSC-2018-2132

Title

Transtorno de acumulação: aspectos gerais da doença e reflexões sob a perspectiva da saúde única

Authors

Benício, Talícia

Athayde, Ana Célia

Date Submitted

25-Jul-2018

[Author Dashboard](#)

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2018. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)

[Home](#)[Author](#)

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to

Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID

CSC-2018-2128

Title

Saúde única: reflexões sobre a interface homem-animal-ambiente mediante uma ação multidisciplinar de educação em saúde

Authors

Benício, Talícia

Athayde, Ana Célia

Date Submitted

25-Jul-2018

[Author Dashboard](#)

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2018. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)

Preview (CSC-2020-0577)

From: danuziacienciaesaudecoletiva@gmail.com

To: taliciabeniciovet@gmail.com

CC: taliciabeniciovet@gmail.com, athayde@cstr.ufcg.edu.br

Subject: Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2020-0577

Body: 06-Mar-2020

Dear Miss Benício:

Your manuscript entitled "Análise das percepções de profissionais da saúde acerca da inserção do médico veterinário nos NASF-AB" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Ciência & Saúde Coletiva.

Your manuscript ID is CSC-2020-0577.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Ciência & Saúde Coletiva.

Sincerely,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

Date Sent: 06-Mar-2020

 Close Window

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos.

No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a

importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras,

e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
 2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”¹¹ ...
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade...”
- As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)
Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.
Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.
3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.
4. Número com suplemento
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
7. Organizador ou compilador como autor
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N.
Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.