

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP
CÂMPUS DE JABOTICABAL**

**A IMPORTÂNCIA DA INCLUSÃO DO MÉDICO
VETERINÁRIO NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA - NASF**

Carolina Silveira Lustosa Nogueira

Médica Veterinária

2018

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP
CÂMPUS DE JABOTICABAL**

**A IMPORTÂNCIA DA INCLUSÃO DO MÉDICO
VETERINÁRIO NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA - NASF**

Carolina Silveira Lustosa Nogueira

Orientadora: Profa. Dra. Adolorata Aparecida Bianco Carvalho

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias – Unesp, Câmpus de Jaboticabal, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Medicina Veterinária, área de Medicina Veterinária Preventiva.

2018

N778i Nogueira, Carolina Silveira Lustosa
A importância da inclusão do médico veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) / Carolina Silveira Lustosa Nogueira. -- Jaboticabal, 2018
xvii, 58 p. : il. ; 29 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, 2017
Orientadora: Adolorata Aparecida Bianco Carvalho
Banca examinadora: Adolorata Aparecida Bianco Carvalho, Karina Paes Bürguer e Maria Angélica Dias.
Bibliografia

1. Atenção Básica 2. Medicina Veterinária. 3. Nasf-AB 4. Saúde Pública. 5. Vigilância em Saúde I. Título. II. Jaboticabal-Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias.

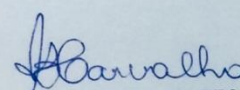
CDU 619:614:636.09-051

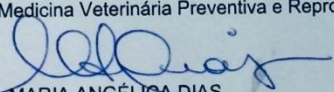
CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

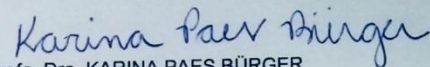
TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: IMPORTÂNCIA DA INCLUSÃO DO MÉDICO VETERINÁRIO NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF

AUTORA: CAROLINA SILVEIRA LUSTOSA NOGUEIRA
ORIENTADORA: ADOLORATA APARECIDA BIANCO CARVALHO

Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em MEDICINA VETERINÁRIA, área: MEDICINA VETERINARIA PREVENTIVA pela Comissão Examinadora:


Profa. Dra. ADOLORATA APARECIDA BIANCO CARVALHO
Departamento de Medicina Veterinária Preventiva e Reprodução Animal / FCAV / UNESP - Jaboticabal


Pesquisadora Dra. MARIA ANGÉLICA DIAS
Setor de Vigilância de Vetores e Zoonoses / Secretaria da Saúde de Jaboticabal/SP


Profa. Dra. KARINA PAES BÜRGER
Departamento de Medicina Veterinária Preventiva e Reprodução Animal / FCAV / UNESP - Jaboticabal

Jaboticabal, 11 de janeiro de 2018

DADOS CURRICULARES DO AUTOR

CAROLINA SILVEIRA LUSTOSA NOGUEIRA – nascida em 05 de janeiro de 1985, em São Paulo/SP, é médica veterinária, formada em 2010, pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, câmpus de Jaboticabal/SP e enfermeira, formada em 2014, pela Universidade Nove de Julho, São Paulo/SP,. Especialista em docência para o ensino superior pela Universidade Nove de Julho, São Paulo/SP, em 2012. Atuou como gestora na vigilância epidemiológica, no setor de controle de zoonoses e vetores entre 2012 e 2014, no município de Franco da Rocha/SP. Iniciou a Pós-graduação Stricto Senso, Mestrado em Medicina Veterinária, Área de Concentração Medicina Veterinária Preventiva, pela Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, câmpus de Jaboticabal, São Paulo, em março de 2015, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Adolorata Aparecida Bianco Carvalho, bolsista CAPES com esta dissertação de mestrado.

“A experiência não é o que nos acontece, é o que fazemos com aquilo que nos acontece”

Aldous Huxley

DEDICO

Aos meus amados pais, Fátima e Delson, por me darem a vida e por todas as oportunidades oferecidas.

Ao meu namorado, Júlio, por todo amor e companheirismo.

Ao meu irmão, Francisco, por todo apoio e carinho.

À minha avó, Vanir, por todo incentivo.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Delson e Fátima, por toda dedicação, amor e carinho. Vocês são admiráveis. Obrigada pela vida, pela formação que eu tive e tenho. Amo muito vocês.

Ao meu irmão, Francisco, pelo companheirismo e apoio. Você é meu orgulho. Amo você.

Ao meu namorado, Júlio, por todos os momentos felizes e por tudo que vivemos e superamos. Amor da minha vida! Obrigada por eu estar viva.

À minha avó, Vanir, por ser essa fortaleza de pessoa. Espero ainda viver muito tempo junto de você.

Aos meus avós, Nineto, Quinca e Ivone por todos ensinamentos e momentos memoráveis.

À Nelorinha, minha pequena cachorra, que me dá muito amor e carinho e cuida de mim como se fosse gente grande. Amor sem fim.

Aos meus tios, David e Claudia, que sempre me apoiaram. Entre suturas e restaurações sempre “reparam” a criança terrível que fui.

Aos meus tios, Belo, Coco, Sílvia, Dalmo, Desirre, pela infância incrível que tive.

Aos meus primos, Edem, Maria Fernanda e João Paulo e Pedrinho, por todos momentos de “primaiada” reunida. Sou muito feliz por vocês fazerem parte da minha vida.

À minha amiga Vanessa, pelo amor e carinho de irmã, por nunca desistir da minha amizade e lutar sempre junto comigo.

Às amigas, Jaqueline, Vivian e Regiane, por sempre estarem ao meu lado e proporcionarem momentos de alegria em minha vida.

Aos Amigos da vet06, que sempre me incentivaram e apoiaram. Lorotenha, Fórfi, Barbra, Mury, Lary, Mentô, Ieth, Hebe, Piririm, Disputada, Itu, Lessy e Vasi. Vocês moram no meu coração.

À todas as moradoras, ex-moradoras e agregados da República As Coyotes. Essa foi minha família durante a graduação e mestrado.

À minha orientadora, Adolorata, por acreditar e confiar em mim mesmo com todas as turbulências da vida durante o período do mestrado. Te admiro muito.

À professora Karina, pelo acolhimento oferecido desde o início do meu mestrado. Obrigada por todo incentivo e confiança.

À querida Maria Angélica, por participar da banca examinadora e contribuir grandemente com seu conhecimento na área de saúde pública.

Ao professor, Daniel, um anjo que apareceu em minha vida. Você é um profissional admirável. Obrigada por todo tempo e ajuda dedicado a mim.

Aos amigos de pós graduação, Ana, Valen, Andres e Coti por tornarem os dias de mestrado muito mais alegres, com muita batchata e salsa.

Aos amigos Eric e Carol, por nossos momentos de produzir ciência e também os de diversão juntos.

À Ivete, técnica responsável pelo SINAN, na vigilância epidemiológica de Franco da Rocha/SP, primeiramente pela amizade e também por me auxiliar na coleta de dados desta pesquisa.

À querida Branca, funcionária da seção técnica de pós-graduação, por toda paciência, ajuda e esclarecimento de dúvidas durante o desenvolvimento do mestrado.

À FCAV, Jaboticabal, pela segunda oportunidade de estudar em uma das melhores universidades do país.

À todos os seres vivos que de alguma maneira, direta ou indireta, me deram forças para sobreviver. A luta muito grande e toda a positividade emanada foi fundamental para que eu pudesse permanecer aqui, para que eu me recuperasse rapidamente não só para concluir esta pesquisa, mas principalmente por voltar a viver. Serei eternamente grata a todos. Muitíssimo obrigada!

SUMÁRIO

Assunto	Página
RESUMO.....	x
ABSTRACT.....	xi
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xii
LISTA DE TABELAS.....	xiii
LISTA DE FIGURAS.....	Xiv
LISTA DE QUADROS.....	Xv
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	2
2.1 Sistema Único de Saúde.....	2
2.1.1 Atenção Primária em Saúde e Estratégia Saúde da Família.....	2
2.1.2 Núcleo Ampliado de Saúde da Família.....	4
2.2 Médico Veterinário na Saúde Pública.....	9
2.3 Médico Veterinário no Núcleo Ampliado de Saúde da Família - Atenção Básica.....	10
3 OBJETIVOS.....	13
3.1 Objetivo geral.....	13
3.2 Objetivos específicos.....	13
4 METODOLOGIA.....	14
4.1 Tipo e área de estudo.....	14

4.2 Coleta de dados.....	15
4.2.1 Doenças e Agravos de Notificação Compulsória.....	15
4.2.2 Análise da situação das equipes de Saúde da Família..	15
4.3 Aspectos Éticos e vieses.....	16
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	18
5.1 Doenças e agravos de notificação compulsória.....	18
5.1.1 Acidentes por animais peçonhentos	20
5.1.2 Acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva.....	22
5.1.3 Leptospirose.....	26
5.1.4 Dengue.....	28
5.2 Análise da situação das equipes de Saúde da Família.....	30
5.2.1 População total.....	31
5.2.2 Equipes de Saúde da Família e cobertura populacional das equipes de Saúde da Família.....	31
5.2.3 Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	37
6 CONCLUSÃO.....	40
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
8 REFERÊNCIAS.....	43
ANEXO 1.....	51
ANEXO 2.....	57

IMPORTÂNCIA DA INCLUSÃO DO MÉDICO VETERINÁRIO NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF

RESUMO - A Medicina Veterinária é reconhecida como profissão da área de saúde pelo Ministério da Saúde, no Brasil, desde 1998. A partir de 2011, os médicos veterinários passaram a integrar a lista de profissionais que podem compor as equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF foi criado para aumentar a resolubilidade da Atenção Primária em Saúde e deve ser constituído por equipe multiprofissional. Ainda são poucas as equipes de NASF, em todo o Brasil, que contam com o médico veterinário. O presente estudo foi idealizado com o intuito de demonstrar a importância da inclusão do médico veterinário no NASF, utilizando o Município de Franco da Rocha/SP como modelo para todo o país. Para tanto, foram avaliados dados epidemiológicos no período de 2008 a 2016, relativos aos casos humanos de quatro agravos de notificação compulsória intrinsecamente relacionados à atuação desse profissional, além da análise de situação das eSF do Município. Foram analisados os dados de acidentes com animais peçonhentos e por animais potencialmente transmissores da raiva, e dados de leptospirose e dengue. Para avaliar a situação das eSF, foram coletados dados das variáveis população total, número de eSF, cobertura populacional de eSF e número de NASFs. A partir do sistema de informações do DATASUS, foram confirmados no Município, para o período de estudo, 468 acidentes com animais peçonhentos; 2.844 acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva; 5.051 casos de dengue; e 21 casos de leptospirose. Com relação ao número de eSF e cobertura populacional, no ano de 2008 eram cinco equipes, com cobertura de 14,2% da população, e no ano de 2016 passou a 24 equipes, com cobertura de 56,5%. Apenas um NASF foi implantado em 2015. Apesar do aumento da cobertura populacional no período, não foi observada redução na incidência dos agravos estudados. A inclusão do médico veterinário na Atenção Básica, particularmente no NASF, certamente contribuiria para melhorar esse quadro, visto que atuaria de forma interdisciplinar com enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde e demais integrantes das eSF e eAB, com a finalidade de melhorar os problemas em saúde relacionados à interface humanos, animais e ambiente. O diagnóstico epidemiológico relativo a doenças e agravos de notificação compulsória é uma das primeiras etapas no planejamento das atividades do NASF para definição de prioridades, visto que o perfil epidemiológico tem como objetivo conhecer a situação de saúde da população por meio da análise dos dados disponíveis no sistema de notificação em saúde, proporcionando assim a visualização de ofertas concretas de ações que o médico veterinário poderá desenvolver na equipe multiprofissional do NASF, sempre com o intuito de prevenção de doenças e outros agravos, e promoção e proteção da saúde. Conclui-se, com este estudo, que o número atual de eSF no Município de Franco da Rocha/SP permite que seja criada mais uma equipe de NASF, demonstra a importância da inclusão do profissional médico veterinário e que, para tanto, é primordial o levantamento epidemiológico nos territórios que serão atendidos.

Palavras-chave: Atenção Básica; Medicina Veterinária; Nasf-AB; saúde pública; vigilância em saúde.

IMPORTANCE OF THE VETERINARY PHYSICIAN'S INCLUSION IN THE FAMILY HEALTH SUPPORT NUCLEUS – NASF

ABSTRACT - Veterinary Medicine has been recognized as a health profession by the Brazilian Ministry of Health since 1998. As of 2011, veterinarians have joined the list of professionals who can compose the teams of the Family Health Support Unit (NASF). NASF was created to increase the resolubility of Primary Health Care and should be made up of multiprofessional team. There are still few NASF teams in Brazil that count on the veterinarian. The present study was conceived with the intention of demonstrating the importance of the inclusion of the veterinarian in the NASF, using the Municipality of Franco da Rocha / SP as a model for the whole country. For that, epidemiological data were evaluated in the period from 2008 to 2016, related to the human cases of four compulsory notification agronomically related to the performance of this professional, in addition to the analysis of the situation of the FSS of the Municipality. Data were analyzed of accidents with venomous animals and animals potentially transmitting rabies, and data on leptospirosis and dengue. In order to evaluate the situation of FSUs, data were collected on the variables total population, eSF number, population coverage of eSF and number of NASFs. From the DATASUS information system, 468 accidents with venomous animals were confirmed in the municipality for the study period; 2,844 accidents by animals potentially transmitting rabies; 5,051 cases of dengue; and 21 cases of leptospirosis. With regard to the number of eSF and population coverage, in 2008 there were five teams, with a coverage of 14.2% of the population, and in the year 2016 it went to 24 teams, with coverage of 56.5%. Only one NASF was implanted in 2015. Despite the increase in population coverage in the period, no reduction in the incidence of the diseases studied was observed. The inclusion of the veterinarian in Primary Care, particularly in NASF, would certainly improve this situation, since it would act in an interdisciplinary way with nurses, doctors, community health agents and other members of the eSF and eAB, in order to improve the problems related to the human, animal and environmental interface. The epidemiological diagnosis of diseases and diseases of compulsory notification is one of the first steps in the planning of NASF activities to prioritize, since the epidemiological profile aims to know the health status of the population by analyzing the data available in the health notification system, thus providing the visualization of concrete offers of actions that the veterinarian can develop in the NASF multiprofessional team, always with the intention of prevention of diseases and other diseases, and promotion and protection of health. It is concluded, with this study, that the current number of eSF in the Municipality of Franco da Rocha / SP allows the creation of a further NASF team, demonstrates the importance of the inclusion of the veterinary medical professional and that, for that, the epidemiological survey in the territories that will be served.

Keywords: Basic Attention; Veterinary Medicine; Nasf-AB; public health; health surveillance

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CNSPV	Conselho Nacional de Saúde Pública Veterinária
CFSPV	Conselho Federal de Saúde Pública Veterinária
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	equipe Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família - Atenção Básica
PACS	Programa de Agente Comunitário Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SAS	Secretaria Atenção à Saúde
SIAB	Sistema Informação Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Números de equipes de Núcleos de Apoio a Saúde da Família, por região e Estado do Brasil, nos anos de 2010, 2013 e 2017.....	8
Tabela 2	Número absoluto de casos confirmados de acidentes por animais peçonhentos, acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva, de dengue e leptospirose, no município de Franco da Rocha/SP, durante o período de 2008 a 2016.....	18
Tabela 3	Número absoluto de casos confirmados de acidentes por animais peçonhentos, de dengue e leptospirose, no Estado de São Paulo, durante o período de 2008 a 2016.....	19
Tabela 4	Média anual da população total, número de equipes de saúde da família, média da população coberta pela eSF e percentual de cobertura populacional, no município de Franco da Rocha/SP, 2008 a 2016.....	33
Tabela 5	Média anual da população total, número de equipes de saúde da família, média da população coberta pela eSF e percentual de cobertura populacional, no Estado de São Paulo, 2008 a 2016.....	34
Tabela 6	Média anual da população total, número de equipes de saúde da família, média da população coberta pela eSF e percentual de cobertura populacional, no Brasil, 2008 a 2016.....	34
Tabela 7	Número de pessoas adscritas por equipe de Saúde da Família, no município de Franco da Rocha/SP, Estado de São Paulo e Brasil, no período de 2008 a 2016.....	36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Localização do Município de Franco da Rocha.....	14
Figura 2	Incidência comparativa entre os casos de acidentes por animais peçonhentos, por animais potencialmente transmissores da raiva, de dengue e de leptospirose, no município de Franco da Rocha/SP, 2008 a 2016.....	20
Figura 3	Incidência de acidentes por animais peçonhentos/100.000 habitantes, no município de Franco da Rocha/SP, 2008 a 2016..	21
Figura 4	Número de casos de acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva, por mês e ano, no município de Franco da Rocha, São Paulo, 2008 a 2016.....	23
Figura 5	Incidência de acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva/100.000 habitantes, no município de Franco da Rocha/SP, 2008 a 2016.....	24
Figura 6	Incidência de leptospirose/100.000 habitantes, no município de Franco da Rocha/SP, 2008 a 2016.....	26
Figura 7	Incidência/100.000 habitantes e número de casos de dengue, no município de Franco da Rocha/SP, 2008 a 2016.....	28
Figura 8	Número de casos confirmados de dengue, por mês, no município de Franco da Rocha/SP, 2009 a 2016.....	28
Figura 9	Médias anuais de 2008 a 2016 da população total do Município de Franco da Rocha/SP.....	31
Figura 10	Média anual do número de equipes de saúde da família no Município de Franco da Rocha/SP.....	32
Figura 11	Cobertura populacional das equipes de eSF no Município de Franco da Rocha/SP.....	33

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS), por ser a principal porta de entrada da população brasileira no Sistema Único de Saúde (SUS), deve estar em constante reestruturação. Dessa maneira, deve visar o aumento da cobertura populacional assim como garantir qualidade no atendimento e realizar ações com resultados positivos junto à população no sentido de diminuir riscos e danos causados, por exemplo, por doenças e agravos de notificação compulsória.

Doenças de caráter zoonótico e/ou envolvendo vetores podem ser endêmicas, estar emergindo ou reemergindo em todo o Brasil. Por se tratar de doenças e agravos envolvendo animais e vetores, o médico veterinário que atua na área de Saúde Pública pode e deve planejar ações de prevenção de enfermidades e proteção à saúde entre suas atividades, para garantir segurança à saúde da população.

A APS tem sido cada vez mais valorizada e apresentou crescente expansão nos últimos anos, desde o seu surgimento, no que se refere ao número de equipes de Saúde Família (eSF), o que, conseqüentemente tem gerado maiores demandas ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), a partir de 2017.

Em 2011, a Medicina Veterinária foi incluída no grupo de profissões que podem compor o Nasf-AB. A interdisciplinaridade da equipe desse núcleo favorece a atuação do médico veterinário como um profissional importante na promoção à saúde, prevenção e controle de doenças/agravos, em particular as zoonoses, representando relevante papel na construção da Atenção Básica (AB) no SUS. Nesta perspectiva, surge a possibilidade de aproximação do profissional junto às famílias para participar diretamente das ações sanitárias que são fundamentais para efetivação da APS.

Este estudo foi idealizado com o intuito de demonstrar a importância da inclusão do profissional médico veterinário no NASF, utilizando o Município de Franco da Rocha/SP como modelo para outros municípios no Brasil. Para tanto, foram avaliados dados epidemiológicos no período de 2008 e 2016, relativos aos casos humanos de agravos de notificação compulsória relacionados à atuação desse profissional, além da análise de situação das eSF do município.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Sistema Único de Saúde

A saúde no Brasil passou a ser um direito de todos e um dever do Estado com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e, a partir desse momento o SUS foi criado. Com a criação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), constituída pelas leis nº 8.080 (BRASIL, 1990a) e nº 8.142 (BRASIL, 1990b), foram estabelecidos os princípios e diretrizes do SUS. Nesse contexto, também houve a integração e descentralização das atividades de saúde entre as três esferas do governo (Federal, Estadual e Municipal) direcionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

Observa-se no país um avanço na construção de novos equipamentos de saúde, porém muitas vezes sem profissionais preparados para compor a equipe que deveria atender a demanda da população, ou o orçamento é insuficiente para constituir uma equipe mínima. Isso gera uma crise no Sistema de Saúde, ferindo a premissa de que a vida é o bem maior dos direitos fundamentais do ser humano.

Durante a implementação do SUS houve avanços e inovações institucionais, entre eles, um intenso processo de descentralização que outorgou maior responsabilidade aos municípios na gestão dos serviços de saúde, além de possibilitar os meios para promover e formalizar a participação social na criação de políticas de saúde e no controle do desempenho do sistema (PAIM et al., 2011).

O SUS está subdividido em vários setores de atuação, entre eles a APS, na qual estão inseridas as equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), que atendem de 2000 a 3500 pessoas num determinado território de abrangência, e também as equipes de Nasf-AB, no qual o médico veterinário atua, entre outros profissionais de saúde, em uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2017a).

2.1.1. Atenção Primária em Saúde e Estratégia de Saúde da Família

Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), a partir do Programa Agentes de Saúde iniciado no Ceará em 1987, que foi ampliado para todo o Brasil com o nome de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS),

tendo como objetivo maior a extensão das ações de saúde a populações rurais, às periferias urbanas, voltando-se, principalmente, para o grupo materno-infantil (MORAIS et al., 2016). Este programa introduziu avanços no sistema de saúde, tais como, uma mudança no modelo de atenção, na organização do sistema (VIANA e DAL POZ, 1998), além do declínio do coeficiente de mortalidade infantil entre 1990 e 2006 (MACINKO et al.,2006).

No ano de 2006, no âmbito do Pacto pela Saúde, a Atenção Básica foi organizada e teve suas diretrizes definidas, inicialmente, pela Portaria nº 648/GM, por meio da Política Nacional de Atenção Básica, que foi então revisada pelas das portarias nº 2.488/2011 e nº 2.436/2017 (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017a)

A APS é a preferencial porta de entrada da população no Sistema Único de Saúde (SUS), que por sua vez é um sistema regionalizado, hierarquizado (BRASIL, 2010), e tem como princípios e diretrizes a territorialização, a universalidade e a acessibilidade vinculada aos serviços de saúde, a integralidade do ser humano, a humanização, as relações entre as equipes e a participação popular com direito de compor 50% do Conselho Municipal de Saúde (CMS) (BRASIL, 2011).

Os cuidados dispensados na Atenção Básica são desenvolvidos por meio de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e relevância, e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido (BRASIL, 2012).

A APS pode intervir sobre os fatores de riscos, aos quais a população adstrita está exposta, uma vez que as equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) devem possuir conhecimento sobre a população e o território sob sua responsabilidade, incluindo o perfil epidemiológico e demográfico da área de atuação (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017a).

Para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o PSF passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma de expansão,

qualificação e consolidação da Atenção Básica (AB), pois possibilita uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios e diretrizes do SUS, ampliar a resolubilidade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, relacionando custo-efetividade (MORAIS et al., 2016).

A ESF é considerada prioritária para a reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil, de maneira que faça expandir, qualificar e consolidar a APS tendo como base a promoção da saúde que, com a participação da população, propicia mudanças em hábitos e padrões de vida (BRASIL, 2002).

Como política pública articuladora de cuidados primários à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, a ESF deve seguir diretrizes e modificações considerando os determinantes sociais da saúde dos diversos territórios. De forma concomitante, o Nasf-AB tem aporte legal e instrumental passível de aproximação com essa realidade, desde que se configure num apoio matricial efetivo para as eSF (ANDRADE et al., 2012).

Nas últimas décadas, são identificadas várias iniciativas do Ministério da Saúde (MS) pela parametrização da APS (FELISBERTO, 2006), incluindo a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2008), cuja nomenclatura foi recentemente modificada para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), após a reformulação da PNAB (BRASIL, 2017).

A criação do NASF foi uma das modificações ocorridas na PNAB para fortalecer a ESF e, de modo especial, desenvolver e aprimorar um novo modelo de atenção à saúde, voltado ao trabalho de equipe multiprofissional. Diretrizes, como integralidade, qualidade da assistência, equidade e participação social precisam se afirmar em ações coletivas centradas no desenvolvimento do ser humano e na promoção da saúde, e serem capazes de produzir saúde além do contexto individual, assistencial e da medicalização (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

2.1.2. Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf-AB)

O MS criou o NASF por meio da Portaria GM/MS nº 154 de 24 de janeiro de 2008 com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da APS, bem como

maximizar sua resolubilidade, apoiando a inclusão da eSF na rede de serviços e nos processos de territorialização e regionalização a partir da AB (BRASIL, 2008).

Inicialmente, quando da sua criação, o NASF era dividido em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2. O NASF 1, para atender os municípios com contingente populacional acima de 20.000 habitantes, e o NASF 2, destinado a acolher os municípios com densidade demográfica de até 10 habitantes por km², visto que 80% dos municípios brasileiros apresentam uma população menor que 20.000 habitantes, e diversos deles necessitam de acompanhamento à saúde tanto quanto os municípios mais populosos (BRASIL, 2008). Em 2012 foi criada a modalidade NASF 3, diferenciando não mais por número de habitantes no município, mas sim por vinculação ao número de eSF ou de eAB, ou seja, 5 a 9 eSF/eAB para o NASF 1, 3 a 4 eSF/eAB para o NASF 2 e 1 a 2 eSF/eAB para o NASF 3 (BRASIL, 2012), possibilitando a cobertura de ações do NASF a toda população de todo o território brasileiro.

Esses núcleos podem e devem ser constituídos por profissionais das diferentes áreas do conhecimento que atuam de forma integrada às eAB e eSF, nos respectivos territórios, e não são unidades de saúde independentes, pois a demanda por seus serviços deve ter origem na ação conjunta e multiprofissional (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017a). Portanto, a atuação multiprofissional do NASF deve ser baseada nas demandas identificadas no território das eAB e eSF, sendo também de extrema importância considerar a realidade epidemiológica, cultural e socioeconômica da população e do território (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017a).

O MS incluiu a categoria dos médicos veterinários nas equipes do NASF em 2011 (BRASIL, 2011), mesmo já sendo considerados profissionais da área da saúde desde 1998, por meio da resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 287/1998 (BRASIL, 1998), ressaltando-se ainda mais a sua importância na área da saúde pública e coletiva.

O NASF não é considerado porta de entrada para o SUS, mas uma equipe multidisciplinar de apoio às eAB e eSF com a função de proporcionar uma retaguarda especializada para essas equipes nos âmbitos clínico-assistencial, técnico-pedagógico, desenvolvimento de ações educativas e ações relacionadas aos riscos e vulnerabilidades coletivas (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017a).

O NASF não tem, necessariamente, relação cotidiana e direta com a população, mas deve apoiar as eAB e eSF, formando uma rede, de modo que o foco seja, os usuários do SUS e as eAB ou eSF (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017a).

Em definição aos modelos fundamentais de funcionamento do NASF, deve-se considerar o apoio matricial, que apresenta tanto o suporte assistencial quanto o técnico-pedagógico. A parte assistencial é aquela que produzirá ação clínica direta junto aos usuários e a parte técnico-pedagógica corresponde às ações de apoio educativo com e para a eSF. Essas duas partes devem ser associadas em diversos momentos, uma vez que não é possível a nenhum trabalhador em saúde tomar alguma medida sem considerar o afeto nas relações terapêuticas (BARBOSA et al., 2012).

O correto entendimento da expressão “apoio”, que é central na proposta dos Nasf, remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial”, que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência”. Equipes de referência representam um tipo de arranjo que busca mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações: em vez das pessoas se responsabilizarem por atividades e procedimentos (geralmente uma responsabilidade quantitativa), o que se busca é construir a responsabilidade de pessoas por pessoas (BRASIL, 2014).

As equipes do NASF, diante das responsabilidades que lhes são confiadas, assumem o compromisso com a população e com a eSF, propondo-se a identificar as necessidades de saúde comunitária ao mesmo tempo em que fortalecem as equipes de referência. Seu desempenho deverá ser avaliado não só por indicadores de resultado para a população, mas também por indicadores do resultado da sua ação na equipe (BRASIL, 2011).

A modalidade adequada de NASF e os profissionais eleitos para atuar nele são definidos pelo gestor municipal, bem como pelo secretário e coordenador de saúde e a população. Para isso, consideram-se as prioridades identificadas a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades em saúde de cada território, sendo que a sua criação e regulamentação devem seguir as portarias normativas do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, entre elas, as Portaria nº 3.124/2012, 562/2013 e 2.436/2017 (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013; BRASIL, 2017a).

Atualmente, as modalidades de NASF e o número de equipes de ESF vinculadas a ele, podem ser compostas, de acordo com o descrito no Quadro 1.

Quadro 1. Modalidades de NASF e número de equipes de saúde vinculadas.	
Modalidades de NASF	Nº de equipes* vinculadas
• NASF 1	5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)
• NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)
• NASF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)

* eSF: equipe Saúde da Família; eAB: equipe Atenção Básica; eCR: equipe Consultório na Rua; eSFR: equipe Saúde da Família Ribeirinha; eSFF: equipe Saúde da Família Fluvial.

Fonte: DAB/MS/SUS, 2015

Considerando-se o período de 2008 a 2017, foi observada uma expansão no quantitativo de equipes NASF nos diferentes períodos de gestão municipal (2009/2012, 2013/2016 e 2017/2020), como por exemplo, em 2010, 2013 e 2017 haviam 506, 2.767 e 4886 equipes de NASF, respectivamente, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Números de equipes de Núcleos de Apoio a Saúde da Família, por região e Estado do Brasil, nos anos de 2010, 2013 e 2017.

Região	Estado	Número de NASF		
		2010	2013	2017
Centro - oeste	Distrito Federal	4	6	9
	Goiás	39	98	214
	Mato Grosso	19	37	72
	Mato Grosso do Sul	32	50	61
Nordeste	Alagoas	32	104	140
	Bahia	99	241	406
	Ceará	132	180	245
	Maranhão	73	303	227
	Paraíba	88	186	273
	Pernambuco	92	174	255
	Piauí	62	187	253
	Rio Grande do Norte	36	138	177
Norte	Sergipe	7	24	54
	Acre	6	16	26
	Amapá	15	18	17
	Amazonas	25	41	63
	Pará	28	69	124
	Rondônia	5	12	14
	Roraima	5	6	15
	Tocantins	12	68	130
Sudeste	Espírito Santo	2	13	29
	Minas Gerais	220	372	780
	Rio de Janeiro	46	117	173
	São Paulo	119	183	432
Sul	Paraná	66	123	163
	Rio Grande do Sul	17	52	160
	Santa Catarina	36	129	274
Todas regiões	Todos Estados	506	2767	4886

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE, 2017.

2.2. Medicina Veterinária na Saúde Pública

A imagem relacionada à Medicina Veterinária corresponde ao modelo médico curativo que dispõe de métodos de diagnóstico e procedimentos de cura animal. Este era o modelo básico clínico do profissional médico-veterinário contemporâneo. No início do século XXI havia a necessidade da realização de uma mudança cultural na Medicina Veterinária para outra direção relacionada às ciências naturais e sociais, com mais ênfase no bem-estar geral e em perspectivas mais amplas (WERGE, 2003).

Desde o início dos anos 2000, como relatado por Pfuetzenreiter (2003), existem falhas na formação profissional dos médicos veterinários que os afastam de suas origens históricas vinculadas à saúde pública. O currículo dos cursos de Medicina Veterinária privilegia, em alto percentual, a clínica médica, em detrimento de outros campos de atuação, evidenciando que o médico veterinário é essencialmente formado para atuar na doença e não na prevenção.

O médico veterinário, por meio da aplicação dos conhecimentos, habilidades e recursos da sua profissão, desempenha um papel imprescindível para a prevenção, controle e erradicação das doenças. Ainda que exerça atividades puramente veterinárias, seu amplo treinamento nas ciências biomédicas o qualifica a desempenhar muitos papéis adicionais na saúde pública (MEDITSCH, 2006).

O médico veterinário pode desempenhar ações de diagnóstico, controle e vigilância em zoonoses; estudos comparativos da epidemiologia de enfermidades não infecciosas dos animais em relação aos seres humanos; inspeção de alimentos e vigilância sanitária; estudo de problemas de saúde relacionados às indústrias animais, incluindo o destino adequado de dejetos; pesquisa em universidades e instituições; educação em saúde; consulta técnica sobre assuntos de saúde humana relativa aos animais, entre outras atividades como a administração, o planejamento e a coordenação de programas de saúde pública (WHO, 2002; PFUETZENREITER, et al., 2004).

Carvalho et al. (2009) identificaram as noções de profissionais de medicina veterinária sobre seu papel como agente de saúde pública e avaliaram a atuação desses na difusão de informações sobre zoonoses. Observou-se que esses profissionais atuam no âmbito da saúde pública, evidenciando que a preocupação

com a saúde coletiva não está distante do exercício profissional, e que a divulgação de informações sobre as zoonoses contribui para a conscientização dos proprietários, assim como a valorização do profissional, e que esses profissionais estão conscientes de sua importância para a saúde humana.

O profissional formado em medicina veterinária que possuir sólidos fundamentos nos conteúdos pertinentes à medicina veterinária preventiva e saúde pública, além da habilidade para trabalhar de forma interdisciplinar, estará preparado para auxiliar as populações humanas a enfrentarem seus principais desafios (PFUETZENREITER et al., 2004).

Barbosa (2014) elenca os diversos segmentos de atuação profissional do médico veterinário na área de saúde pública: ensino/pesquisa/extensão em universidades/institutos; vigilância em saúde (epidemiológica, ambiental, sanitária e do trabalhador); controle de zoonoses; tecnologia e inspeção higiênico sanitária de produtos de origem animal (competência exclusiva da profissão); planejamento e gestão (administração de serviços de saúde, planejamento e elaboração de programas e projetos em saúde animal e saúde pública, formulação de políticas públicas de saúde); educação em saúde; defesa sanitária animal; segurança alimentar, prevenção e promoção da saúde, entre outros.

2.3. Médico Veterinário no Núcleo Ampliado de Saúde da Família - Atenção Básica (Nasf-AB)

De acordo com OIE (2016), 60% das enfermidades infecciosas humanas conhecidas são de origem animal, doméstico e selvagem, assim como 75% das doenças humanas emergentes e 80% dos agentes patógenos que podem ser utilizados no bioterrorismo.

Aproximadamente, 179 enfermidades zoonóticas são de interesse para a saúde pública e aproximadamente 50% das doenças e agravos de notificação compulsória relacionadas na Portaria nº 204 de Fevereiro de 2016 (anexo 1), apresentam relação intrínseca com a Medicina Veterinária (BRASIL, 2016), que servem como base para a atuação do médico veterinário na APS, visto a sua competência profissional relacionada a tais enfermidades.

A sociedade brasileira ainda desconhece a amplitude da atuação do médico veterinário na área da saúde pública; entretanto, nos últimos anos, a discussão sobre o papel do profissional na área tem sido uma das principais pautas no órgão da classe profissional no Brasil, sendo que a partir do ano de 2003, o debate sobre o papel do médico veterinário na saúde pública articulou-se de forma mais estruturada, com a criação da Comissão Nacional de Saúde Pública Veterinária (CNSPV) no Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV) e da Associação Brasileira de Saúde Pública Veterinária (ABSPV), em 2005 (BARBOSA, 2014).

A CNSPV/CFMV formulou as principais propostas de atuação do médico veterinário nas equipes multiprofissionais do NASF (CFMV, 2012), a partir da reformulação da Política Nacional de Atenção Básica, por meio da publicação da Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), que incluiu o médico veterinário como uma das categorias para compor as equipes multiprofissionais nos NASFs (JUNIOR et al., 2013).

A CNSPV/CFMV recomenda ações que podem ser desenvolvidas pelo médico veterinário nos territórios atendidos pelo NASF, como a avaliação de fatores de risco à saúde, relativos à interação entre os humanos, animais e o ambiente; prevenção, controle e diagnóstico situacional de riscos de doenças transmissíveis; educação em saúde com foco na promoção da saúde e na prevenção e controle de doenças de caráter antropozoonótico e demais riscos ambientais; 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; estudos e pesquisas em saúde pública que favoreçam a territorialidade e a qualificação da atenção; orientações quanto a qualificação no manejo de resíduos; prevenção e controle de doenças veiculadas por alimentos; orientação nas respostas às emergências de saúde pública e eventos de potencial risco sanitário nacional de forma articulada com os setores responsáveis; identificação e orientações quanto a riscos de contaminação por substâncias tóxicas; além de ações conjuntas elaboradas e executadas de forma interdisciplinar do campo de atuação comum de todos os profissionais em apoio às eSF cobertas pelo NASF (CFMV, 2012).

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 em conjunto com todos os componentes da equipe no planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelo programa, como relatado por Favaro et al. (2017); que a aproximação do médico veterinário com a comunidade e atuação em equipes multiprofissionais permitem o aumento da capacidade resolutiva das demandas encontradas no território de atuação do NASF.

O médico veterinário é responsável pela promoção e a manutenção da saúde por atuar nas vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, assim como nos demais desafios que envolvam a defesa do ambiente para o bem-estar das populações humanas e animais (JUNIOR et al., 2013).

A inserção de médicos veterinários no NASF vem ocorrendo ainda de forma tímida no país (CFMV, 2016), com algumas experiências já relatadas nos Estados do Ceará, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, e Rio Grande do Sul (MOUTINHO, 2017).

De acordo com o CFMV, no Município de Descalvado/SP, a médica veterinária do NASF desenvolveu ações de educação da comunidade e prevenção de agravos, como a Raiva e Dengue, por meio de elaboração e distribuição de folder explicativo e livreto com jogos, após a ocorrência de um caso de morcego positivo para a raiva. Já no Município de Assú/RN, as ações educativas do médico veterinário do NASF, para promoção da saúde e combate ao *Aedes aegypti*, foram realizadas com grupos de gestantes, salas de espera das UBS e no Programa Saúde da Escola (PSE) (CFMV, 2016).

Diante do contexto relatado, considerando-se as diversas áreas de atuação do médico veterinário aliadas à estratégia da APS no país, o diagnóstico epidemiológico e de situação da ESF em um município é fundamental para a definição do modelo de atuação do médico veterinário, elucidando desta forma aos gestores locais, a partir das necessidades em saúde identificadas no território, a sua importância como profissional responsável pela promoção da saúde humana.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Demonstrar a importância da inclusão do médico veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), utilizando como base de estudo o Município de Franco da Rocha /São Paulo.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever as doenças e agravos de notificação compulsória relacionados à atuação do médico veterinário no NASF;
- ✓ Analisar a situação das equipes de Saúde da Família (eSF) para a possibilidade da inclusão do médico veterinário no NASF.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo e área do estudo

O estudo do tipo descritivo retrospectivo foi realizado no Município de Franco da Rocha, região metropolitana do Município de São Paulo (Figura 1). A população é de 145.755 habitantes, ocupa uma área de 1333,931 km², com densidade populacional de 1.088,28 hab/km², a 740 metros de altitude, com clima subtropical e IDH-M de 0,731 (IBGE, 2017).



Fonte: IBGE, 2017

Figura 1. Localização do Município de Franco da Rocha.

4.2. Coleta de dados

4.2.1. Doenças e agravos de notificação compulsória

De acordo com a Portaria nº 204 GM/MS, de 17 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016) existem 48 agravos e doenças de notificação compulsória. Para este estudo, optou-se por coletar os dados secundários dos casos humanos confirmados durante o período de 2008 a 2016, intrinsecamente relacionados a atuação do médico veterinário na ESF:

- (1) acidentes com animais peçonhentos;
- (2) acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva;
- (3) leptospirose e
- (4) dengue.

Os dados relacionados a doenças e agravos de caráter zoonótico e/ou envolvendo vetores, descritos acima, foram coletados a partir do sistema de informações do DATASUS (datasus.saude.gov.br), seguindo-se as abas:

- Acesso à informação
- Informações de saúde (TABNET)
- Epidemiológicas e Morbidade
- Doenças e Agravos de Notificação - De 2007 em diante (SINAN)
- Selecionar agravo

Os dados coletados foram tabulados na ferramenta Microsoft Office Excel 2007 para análise descritiva.

4.2.2. Análise da situação das equipes de Saúde da Família (eSF)

Para a análise da situação da ESF no Município de Franco da Rocha/SP, durante o período de 2008 a 2016, foram coletados dados das seguintes variáveis:

- (1) população total;
- (2) número de equipes de saúde da família (eSF);
- (3) cobertura populacional de equipes de saúde da família (eSF);
- (4) número de NASF.

Os dados foram coletados no endereço eletrônico do Ministério da Saúde (MS), cujo portal abrange diversos setores do Sistema Único de Saúde (SUS) e

sistemas de informação, incluindo a Atenção Básica, com informações referentes às variáveis descritas acima, por meio de relatórios públicos.

Após o acesso ao portal da Atenção Básica, encontrado no endereço eletrônico do Ministério da Saúde (portalms.saude.gov.br), a coleta dos dados foi realizada diretamente no sistema de informação denominado “*e-Gestor Atenção Básica – Informação e Gestão da Atenção Básica*”, a partir das seguintes abas:

- Relatórios públicos;
- Histórico de pagamento;
- Acessar relatório;
- Competências por unidade geográfica;
- Unidade geográfica;
- Estado, Município;
- Período de competência;
- Campos a serem exibidos no relatório (população, número de equipes de saúde da família (eSF), cobertura populacional pelas eSF, número de NASF tipo 1 cadastrado e implantado pelo Ministério da Saúde).

Além da coleta de dados no portal do Ministério da Saúde, foi realizada uma visita à Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha/SP, para obtenção de informações sobre a constituição da equipe multiprofissional que atua no NASF, visto que as mesmas não são disponibilizadas nas bases de dados pesquisadas.

Os dados coletados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2007 para análise descritiva e calculadas a média aritmética anual em valores brutos e a oscilação dos dados das variáveis analisadas.

4.3. Aspectos éticos e vieses

A visita à Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha/SP ocorreu com a anuência do prefeito municipal (anexo 2).

Ainda, deve-se considerar que os dados coletados nos sistemas de informação do MS, referentes às três esferas do Governo (Federal, Estadual e Municipal), em todo o território nacional, podem apresentar algumas divergências com a realidade, seja por inadimplência das equipes gestoras, ou até mesmo por

atraso no envio e atualização das informações constantes nas bases pesquisadas, pelo próprio MS, constituindo-se em possíveis vieses neste estudo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Doenças e agravos de notificação compulsória

Durante o período de 2008 a 2016, foram confirmados no Município de Franco da Rocha/SP, 468 acidentes com animais peçonhentos, 2.844 acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva, 5.051 casos de dengue e 21 de leptospirose, de acordo com os dados da tabela 2.

Tabela 2. Número absoluto de casos confirmados de acidentes por animais peçonhentos, acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva, dengue e leptospirose, no Município de Franco da Rocha/SP, durante o período de 2008 a 2016.

Doença/Agravo Ano	Acidente por animais peçonhentos	Acidente por animais potencialmente transmissores da raiva	Dengue	Leptospirose
2008	45	218	0	04
2009	43	300	01	01
2010	15	311	81	03
2011	21	274	33	02
2012	29	401	89	02
2013	46	362	216	01
2014	71	287	3604	01
2015	90	328	742	02
2016	108	363	285	05
Total	468	2844	5051	21

Fonte: DATASUS, 2017.

Ao observar os casos confirmados no Estado de São Paulo (BRASIL 2017b, BRASIL 2017c, BRASIL 2017d), no mesmo período, de acordo com os dados da Tabela 3, é possível afirmar que os agravos ocorrem de forma endêmica durante todos os anos, sendo que em Franco da Rocha ocorreram 0,26%, 0,32% e 0,30%, dos casos de acidentes por animais peçonhentos, dengue e leptospirose, respectivamente, do total de casos notificados no Estado de São Paulo.

Tabela 3. Número absoluto de casos confirmados de acidentes por animais peçonhentos, dengue e leptospirose, no Estado de São Paulo, durante o período de 2008 a 2016.

Doença/Agravo Ano	Acidentes por animais peçonhentos	Dengue	Leptospirose
2008	13.020	606	7.364
2009	13.716	865	9.665
2010	15.776	884	191.193
2011	16.523	980	94.570
2012	20.003	789	23.054
2013	22.721	953	209.052
2014	22.519	757	204.236
2015	25.879	637	678.031
2016	30.772	598	162.497
Total	180.929	7.069	1.579.662

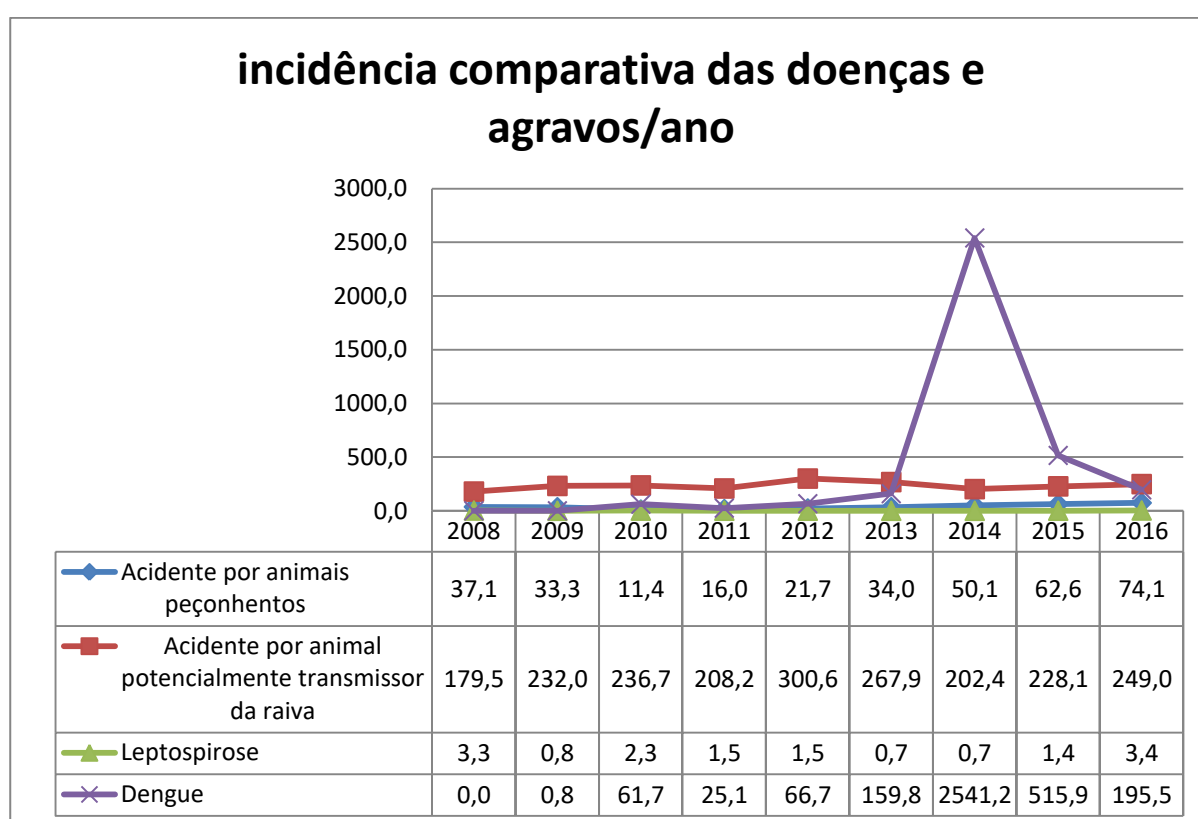
Fonte: Adptado de SVS/MS (dados parciais 2017)

Vale ressaltar que as informações sobre os acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva não são disponibilizadas nos sistemas de informação de morbidade e mortalidade do Ministério da Saúde, porém observou-se que no período entre 2008 e 2016 ocorreram 23 óbitos por raiva humana no Brasil, sendo 18 na região nordeste, 03 no Centro-Oeste, 01 no Norte e 01 no sudeste (BRASIL, 2017e).

Assim como a raiva, e não menos importante para a saúde humana, foram notificados 1.314.797 casos de acidentes por animais peçonhentos e 2.147 óbitos no Brasil, durante o período de 2008 a 2016, sendo 125 (5,8%) no Estado de São Paulo (BRASIL, 2017b; BRASIL 2017f).

Em relação a leptospirose, no mesmo período do estudo, foram confirmados 35.264 casos humanos e 2.997 óbitos no Brasil, com uma letalidade média de 8,5%, enquanto no Estado de São Paulo ocorreram 6.919 casos (19,6%) com uma letalidade média de 11,5%, valor este acima da média verificada para o país. (BRASIL, 2017d; BRASIL, 2017g).

É importante enfatizar que o diagnóstico epidemiológico relativo a doenças e agravos de notificação compulsória é uma das primeiras etapas no planejamento das atividades do NASF para definição de prioridades (BRASIL, 2014), visto que o perfil epidemiológico tem como objetivo conhecer a situação de saúde da população por meio da análise dos dados disponíveis no sistema de notificação em saúde, proporcionando assim a visualização de ofertas concretas de ações que o médico veterinário poderá desenvolver na equipe multiprofissional do NASF, agregando valor à APS, conforme demonstrado na Figura 2.



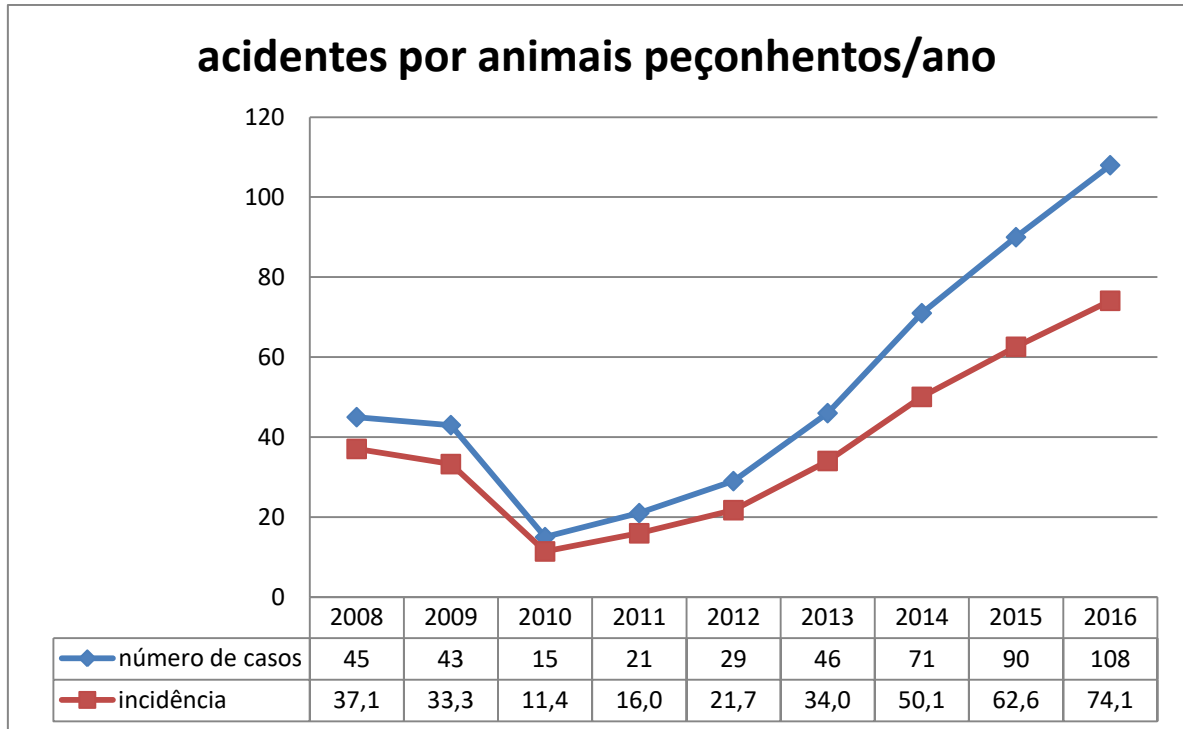
FONTE: DATASUS, 2017.

Figura 2. Incidência comparativa entre os casos de acidentes por animais peçonhentos, por animais potencialmente transmissores da raiva, de dengue e de leptospirose, no Município de Franco da Rocha/SP, 2008 a 2016.

5.1.1. Acidentes por animais peçonhentos

No período de janeiro de 2008 a dezembro de 2016 foram notificados 468 casos humanos de acidentes com animais peçonhentos e a incidência variou de 11,4 a 74,1 casos/100.000 habitantes (Figura 3). É importante destacar que a

incidência apresentou padrão crescente a partir de 2010 até 2016 e que os acidentes com animais peçonhentos constituem sério problema de saúde pública, principalmente nos países tropicais, em virtude de sua grande frequência e gravidade (BRASIL, 2017b).



Fonte: DATASUS, 2017.

Figura 3. Incidência de acidentes por animais peçonhentos/100.000 habitantes, no Município de Franco da Rocha/SP, 2008 a 2016.

Machado (2016) relatou que, em todo o Brasil, o número de acidentes por animais peçonhentos vem crescendo, associado a diversos problemas como a ausência de um retrato nacional confiável sobre esses acidentes em função do grande número de sub-notificações; a escassez de programas de treinamentos constantes para profissionais de saúde, a pouca conscientização da importância do preenchimento correto das fichas de notificação por parte das equipes de saúde, e pela ausência de programas preventivos e educativos que deveriam ocorrer na comunidade, com o desenvolvimento de material didático adequado a cada faixa etária e com a participação ativa das organizações locais.

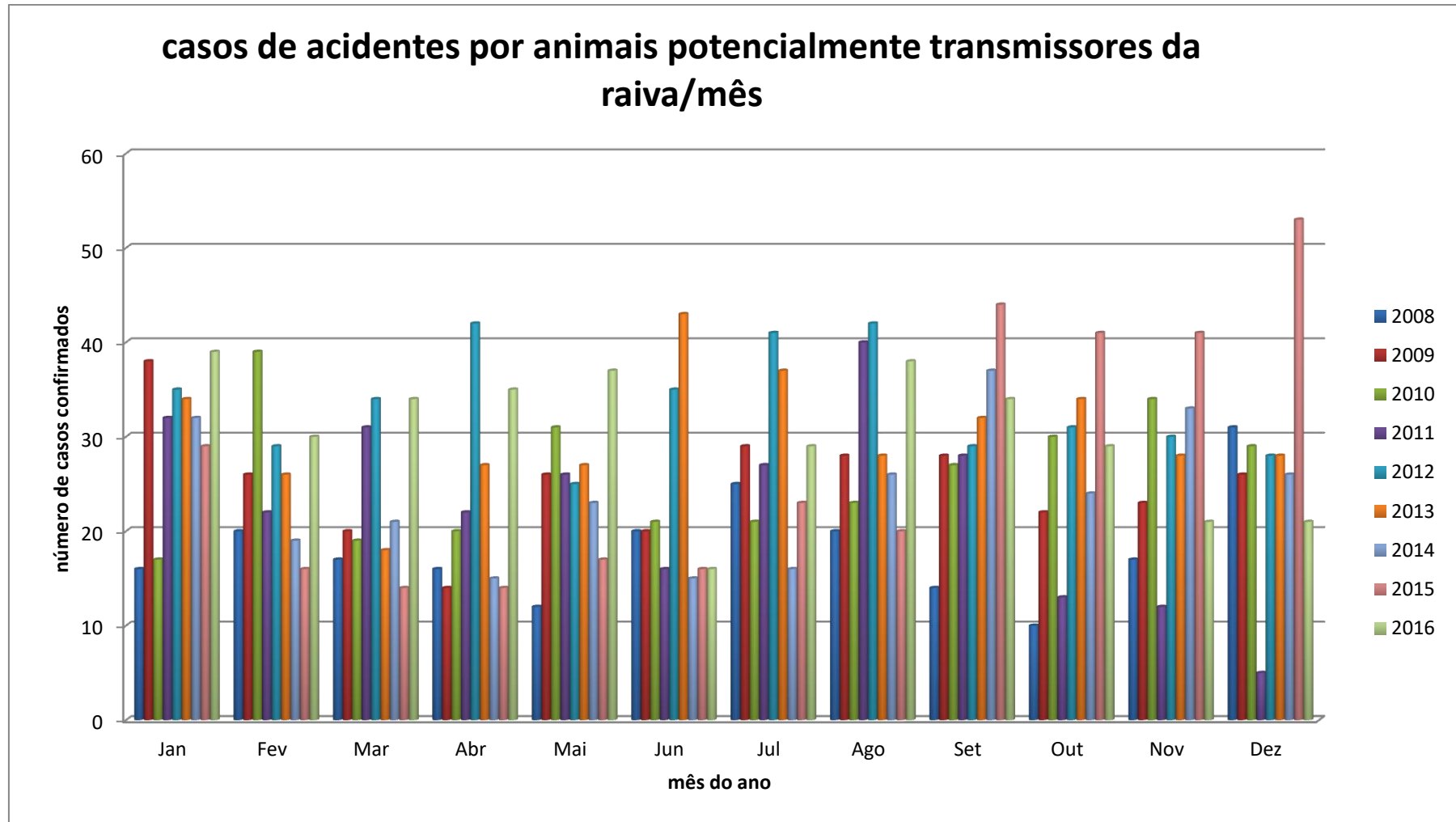
Os problemas citados por Machado (2016) podem, então, ser amenizados e contornados, a partir da inserção de um médico veterinário no Nasf-AB, visto que

entre as atividades desse profissional, estão incluídas ações de apoio às eSF, como por exemplo, o matriciamento das equipes e ações conjuntas com o serviço de controle de zoonoses, envolvendo os acidentes com animais peçonhentos, como citado por Moutinho (2016), além de ações educativas na comunidade, como por exemplo, nas salas de espera das UBS e no PSE, por tratar-se de um profissional apto a atuar no manejo ambiental e sobre a circulação de agentes e patógenos no território adstrito e, mais especificamente, no domicílio, visando à diminuição de riscos sanitários (CFMV, 2009).

É importante que o médico veterinário que atua na área de saúde pública, tanto na vigilância em saúde como no Nasf-AB tenha conhecimento dos dados epidemiológicos do território, não só em relação a prevalência e incidência dos casos notificados e/ou confirmados, como também sobre as principais espécies agressoras envolvidas, para elaboração de propostas de ações educativas destinadas à população susceptível, buscando-se reduzir a incidência dos casos; de acordo com Pfuetzenreiter et al. (2004), a educação em saúde constitui-se em uma importante atividade desenvolvida pelo médico veterinário, contribuindo para difusão de informações e conscientização da população, por meio de programas que envolvam a proteção e promoção da saúde humana em comunidades, considerando-se os princípios da sustentabilidade.

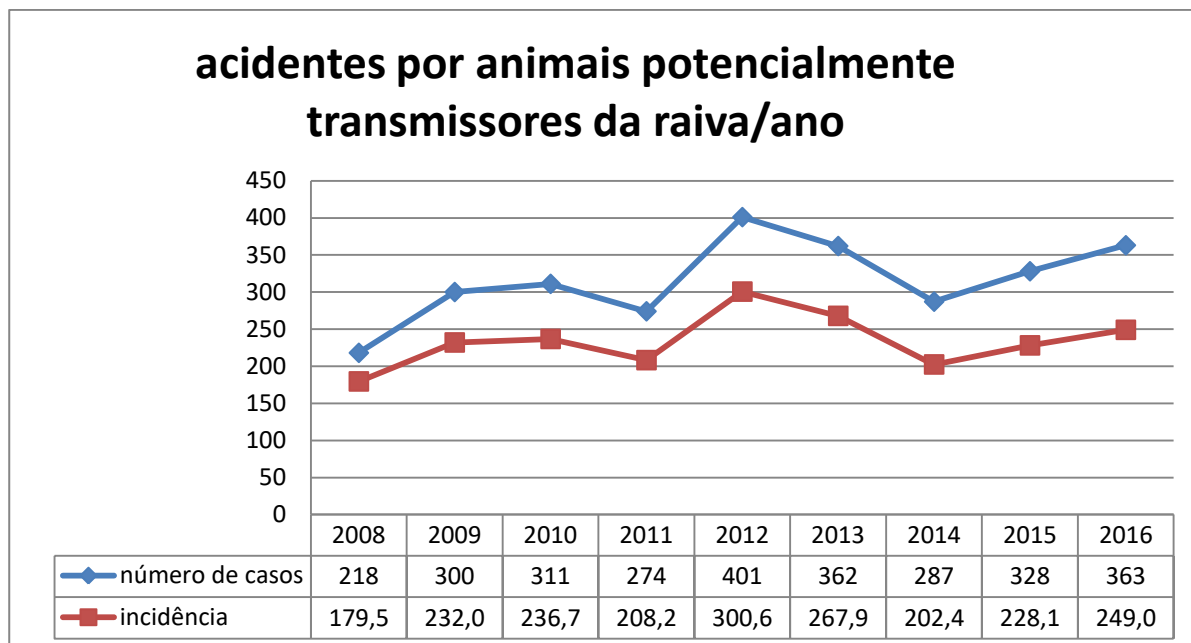
5.1.2. Acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva

O número de casos de acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva notificados é bastante frequente, tanto entre todos os meses do ano, quanto entre os anos estudados, no Município de Franco da Rocha, entre os anos de 2008 e 2016. Neste período foram registrados 2844 casos, com uma média anual de 316 casos (Figura 4) e uma incidência que variou de 179 a 300 casos/100.000 habitantes (Figura 5).



Fonte: DATASUS, 2017.

Figura 4. Número de casos de acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva, por mês e ano, no Município de Franco da Rocha, São Paulo, 2008 a 2016.



Fonte: DATASUS, 2017.

Figura 5. Incidência de acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva/100.000 habitantes, no Município de Franco da Rocha/SP, 2008 a 2016.

A taxa de casos notificados no ano de 2016 foi de 1:402 (1 pessoa agredida para cada 402 habitantes), levando-se em consideração que a estimativa da população do Município de Franco da Rocha/SP era de 145.755 pessoas (IBGE, 2017). Comparando com os estudos realizados no Município de Jaboticabal, no ano de 2006, em que a taxa era de 1:160 (FRIAS et al., 2011), de 2010 que era de 1:212 (FRIAS, 2012), e com o estudo de Alonso (2005) no Município de Araraquara que apresentou um resultado de 1:206, percebe-se que a taxa de 2016, em Franco da Rocha, foi menor. Contudo, esse valor pode ser considerado alto, quando comparado com a taxa apresentada pela América Latina que, durante os anos de 1990 a 1994, registrou 1:641 agressões/habitante (OPAS, 1995).

No Brasil, embora a raiva urbana esteja controlada na maioria dos estados, o quantitativo de tratamentos humanos pós-exposição é elevado, visto que o atendimento antirrábico está entre os três agravos de maior número de notificações do país, com mais de 500 mil notificações no por ano Sinan (BRASIL, 2016).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), no período de 2009 a 2013, foram registradas 2.959.356 notificações de atendimento antirrábico humano, apresentando uma média de 591.871 ao ano. A região Sudeste foi a que

teve maior número de notificações, com 1.189.261 (40,2%), seguida pela região Nordeste, com 807.503 (27,3%), estando São Paulo (585.735; 19,8%), Minas Gerais (306.570; 10,3%), Rio de Janeiro (235.818; 8,0%), e Bahia (214.625; 7,2%), entre as Unidades da Federação que mais notificaram casos em ordem decrescente, respectivamente, no período de 2009 a 2013.

Isto preocupa, particularmente, o Ministério da Saúde, devido aos altos custos que essa ação acarreta com as ações de vigilância epidemiológica e aquisição de imunobiológicos para profilaxia pós-exposição em humanos (BRASIL, 2009)

Dentre as zoonoses transmitidas por cães e gatos, a raiva continua a ser a de maior preocupação mundial. A raiva ocorre de maneira endêmica em todo o mundo, estando presente em mais de 150 países e territórios (WHO, 2013b).

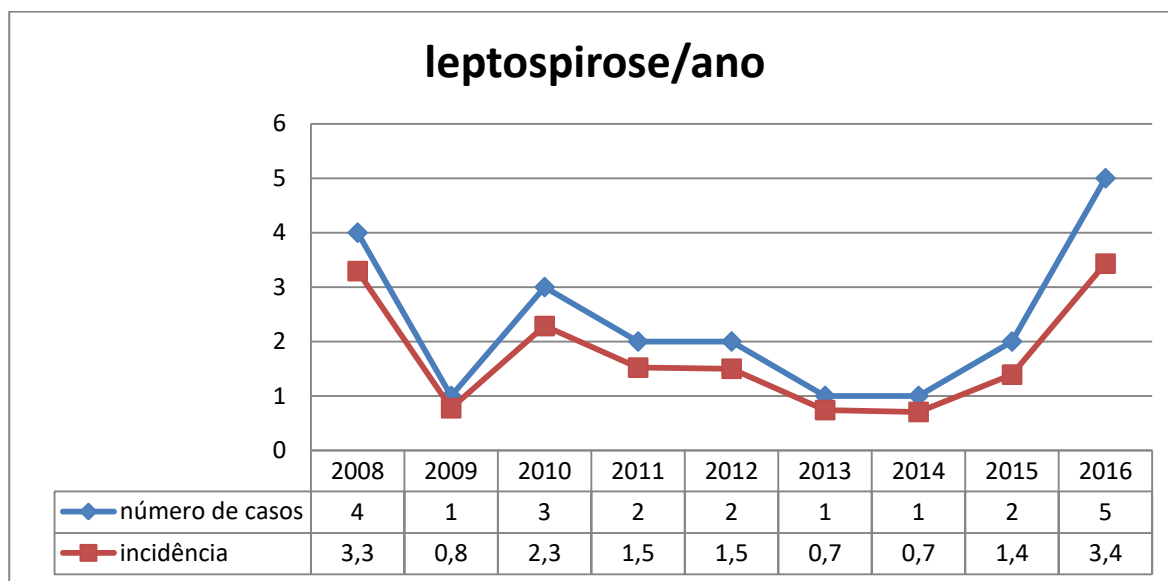
A possibilidade de transmissão da raiva é a primeira razão que move a investigação de acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva. Em muitos países, o número de casos de acidentes em seres humanos causados principalmente, por cães, é alto, no entanto, de acordo com a análise de diversas pesquisas e serviços, os agravos são subnotificados, o que não permite estabelecer a verdadeira dimensão do problema (DEL CIAMPO et al., 2000; AVMA, 2001, OVERALL & LOVE, 2001).

Os próprios profissionais de saúde reconhecem que os casos notificados de agressão por cães representam uma pequena parcela do problema, pois geralmente são notificados apenas os casos que resultam em uma lesão séria, de acordo com a avaliação que a própria pessoa agredida faz; frequentemente, são tratadas pela própria vítima e não são notificadas, permanecendo fora do sistema de informação (ALAN & JONES, 1985; POERNER, 2007). Acredita-se que a subnotificação dos acidentes está relacionada ao nível de educação da vítima, à gravidade da lesão, à atitude de notificar, entre outras razões (MOORE et al., 2000).

FRIAS et al. (2011) recomendam a conscientização e capacitação permanentes das equipes de saúde pública quanto à epidemiologia da doença e à necessidade de observação adequada do animal agressor e afirmam que a integração dos serviços médicos e veterinários é essencial, no atendimento às vítimas, visando uma melhor avaliação do caso para que a decisão de se instituir ou não a profilaxia pós-exposição seja feita com critério e segurança.

5.1.3 Leptospirose

No período entre 2008 e 2016, foram confirmados 21 casos de leptospirose no Município de Franco da Rocha; apesar do baixo índice de ocorrência anual, os casos foram frequentes, em todo o período estudado, com uma incidência que variou de 0,7 a 3,4/100.000 habitantes (Figura 6).



Fonte: DATASUS, 2017.

Figura 6. Incidência de leptospirose/100.000 habitantes, no Município de Franco da Rocha/SP, 2008 a 2016.

Fonseca (2012) considerou que a leptospirose está relacionada à baixa condição socioeconômica e precárias condições de infraestrutura sanitária, e que o seu impacto é desconhecido, o que diminuindo o reconhecimento de sua importância socioeconômica, resultando na ineficácia ou negligência de medidas efetivas para o seu controle.

Cidades com um desordenado crescimento demográfico, precárias condições de habitação, problemas de saneamento e insuficiente coleta de lixo são locais com fatores propícios ao aparecimento de animais sinantrópicos, os quais que constituem os reservatórios principais da doença no meio urbano. Sendo assim, o controle deve ser direcionado às fontes de infecção (SILVA, 2013).

Entre 2008 e 2016, a leptospirose manifestou-se de forma endêmica no Estado de São Paulo, com nítida sazonalidade (BRASIL, 2017h). Quanto ao risco, a doença foi predominantemente urbana e adquirida principalmente no domicílio,

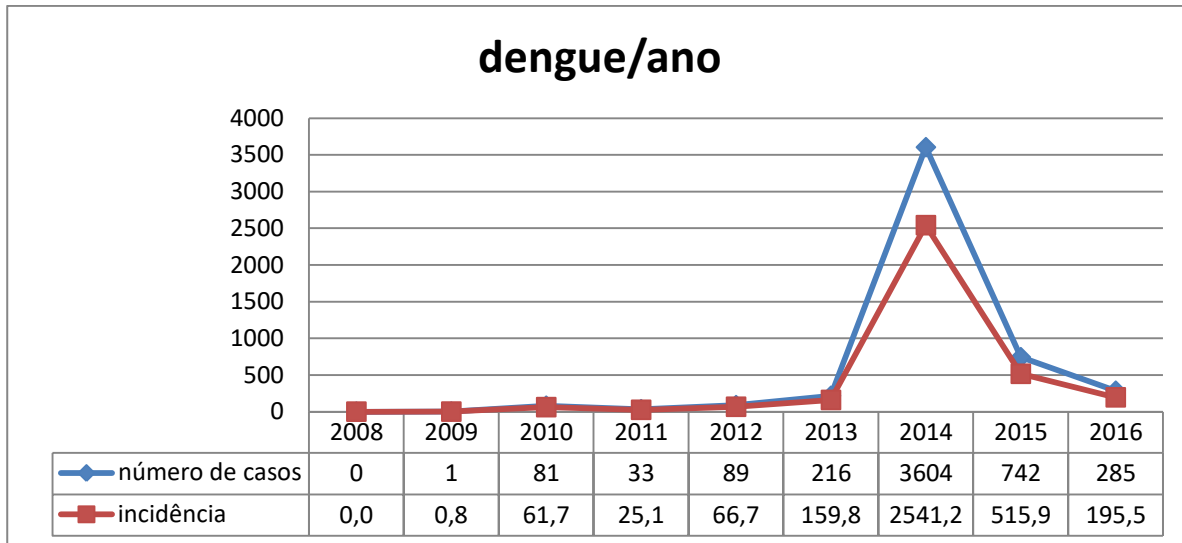
devido ao contato das pessoas com a urina de roedores urbanos, determinando que sua prevenção, no que compete à área da saúde, deve ser baseada em ações de educação em saúde para a população e em ações de controle de roedores por medidas de antirratização e desratização (BUZZAR, 2012).

O aumento da incidência das doenças infecciosas e parasitárias favoreceu a atuação do médico veterinário como um profissional fundamental no controle e avaliação de fatores ambientais que interagem com a vida das pessoas e resultam na ocorrência das doenças, uma vez que este profissional possui um conhecimento interdisciplinar e é importante no contexto da saúde pública por atuar na prevenção e promoção da saúde humana, incluindo o controle das zoonoses, como por exemplo, a leptospirose (ARMELIN & CUNHA, 2016).

Entre as atividades recomendadas pelo Ministério da Saúde aos profissionais de saúde que atuam no NASF, entre eles o médico veterinário inserido a partir do ano de 2011 (BRASIL, 2011), para a prevenção e controle da leptospirose, estão a identificação, em conjunto com as eSF e a comunidade, de atividades, ações e práticas para prevenção e manejo de casos de leptospirose a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas. Como exemplo, destaca-se, a capacitação, a orientação e o suporte às ações dos Agentes Comunitários de Saúde(ACS) e dos Agentes de Controle de Endemias(ACE) para o desenvolvimento de estratégias e técnicas de educação e mobilização em saúde e, a identificação dos valores e normas culturais das famílias e da comunidade no território, que possam contribuir para a presença e/ou exposição ao risco de ocorrência da doença (BRASIL, 2009).

5.1.4 Dengue

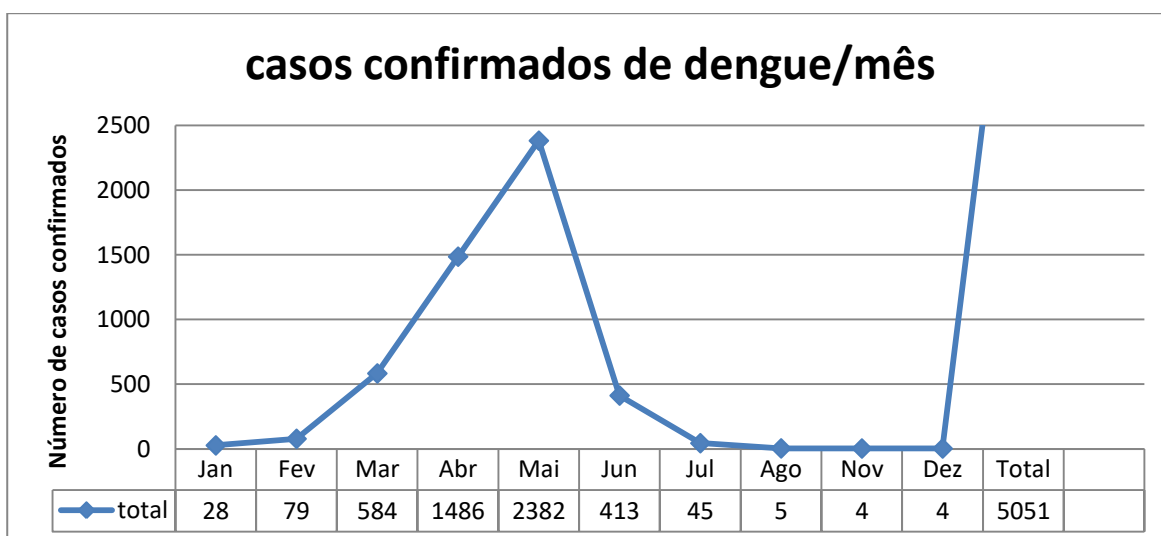
A incidência da dengue variou de 0 a 2541 casos por 100.000 habitantes, no Município de Franco da Rocha, durante o período de 2008 a 2016, com aumentou considerável, como observado na Figura 7. Vale ressaltar que, no ano de 2008, não foram notificados casos de Dengue; no ano de 2013 ocorreu o primeiro surto da doença, que persistiu de forma epidêmica no ano de 2014, com uma intensidade de 67,0% dos casos a mais em relação ao ano anterior, e posterior redução de 56,6% no ano de 2015.



Fonte: DATASUS, 2017.

Figura 7. Incidência/100.000 habitantes e número de casos de dengue, no Município de Franco da Rocha/SP, 2008 a 2016.

Portanto, em relação à forma de ocorrência da dengue no Município de Franco da Rocha, durante o período de 2008 a 2016, observou-se uma variação na tendência de ocorrência, de endêmica a epidêmica, do tipo sazonal. No período entre 2008 e 2013 foram notificados 369 casos, dos quais 58,58% (222/369) ocorreram em 2012 e 13,19%, no ano de 2010. De forma geral, durante todos os anos, os primeiros seis meses do ano (janeiro a junho) destacaram-se pela maior frequência de ocorrência, quando comparados aos demais (Figura 8).



Fonte: DATASUS, 2017.

Figura 8. Número de casos confirmados de dengue, por mês, no Município de Franco da Rocha/SP, 2009 a 2016.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 80 milhões de pessoas se infectem com o vírus da dengue anualmente, em cem países, exceto na Europa (DAHER *et al.*, 2013). Para essa doença não há tratamento etiológico e quimioprevenção efetiva e, tampouco, uma vacina acessível. A enfermidade é reemergente e tem a maior taxa de incidência mundial, sendo o Brasil líder em casuística, seguido por países asiáticos como Índia, Java e Indonésia, e países africanos como Sudão, Tanzânia, Mali e Quênia (BHATT *et al.*, 2013).

Além do controle mecânico, químico e biológico do vetor da dengue (*Aedes aegypti*), cujas ações são centradas em detectar, destruir ou destinar adequadamente reservatórios naturais ou artificiais de água que possam servir de depósito para os ovos do *Aedes*, outra estratégia complementar preconizada pelo MS consiste na promoção de ações educativas durante a visita domiciliar pelo ACE, com o objetivo de garantir a sustentabilidade da eliminação dos criadouros pelos proprietários dos imóveis na tentativa de romper a cadeia de transmissão da dengue (BRASIL, 2009).

De acordo com Amora *et al.* (2017), as equipes responsáveis pelo controle do *A. aegypti*, muitas vezes, estão sob a coordenação de um médico veterinário, que deve sempre estar atento às mudanças na biologia do vetor, assim como nas mudanças ambientais que favorecem a proliferação do mosquito.

O controle da dengue no Brasil constitui um grande desafio a ser operacionalizado de forma integrada entre a ESF e a Vigilância em Saúde (LIMONGI *et al.*, 2008). Portanto, considerando-se este desafio e o grande impacto relativo à sua prevenção e controle, é de extrema importância que o médico veterinário conheça os dados epidemiológicos do território em que atua, como por exemplo, os dados analisados neste estudo, para a implantação de ações integradas entre a Vigilância e Atenção Primária em Saúde, visto suas responsabilidades e competências legais frente à saúde da população.

Possamai (2011) citou a Vigilância Ambiental em Saúde como um novo campo de trabalho dos médicos veterinários, cuja formação multidisciplinar permite a detecção e prevenção dos fatores de risco determinantes e condicionantes do ambiente, relacionados às doenças e agravos à saúde dos seres vivos, seja por

atuação direta no campo prático das ações de controle dos agravos ou por meio da promoção de educação em saúde ou educação permanente em saúde.

O médico veterinário age como um dos principais atores no controle do vetor da dengue devido à sua atuação nos programas de controle do *A. aegypti*, nas esferas Federal, Estadual e Municipal do setor saúde. Entre suas funções, está a identificação do *A. aegypti*, na forma alada ou imatura, a pesquisa e o monitoramento do mosquito, bem como o planejamento, orientações e estratégias de controle que dificultem o contato entre hospedeiro e vetor (AMORA et al., 2017).

No Município de Garanhuns/Pernambuco, os acadêmicos de Medicina Veterinária participantes da estratégia de formação para o SUS, o Programa Pet-Saúde, vivenciaram a rotina de ações de prevenção e controle da dengue: acompanharam as atividades diárias dos ACEs; realizaram atividades de educação permanente em saúde com os ACSs; detectaram fatores de risco ambiental para dengue no território da APS; promoveram atividades de educação em saúde no PSE e rodas de conversa na sala de espera da UBS, contribuindo para a formação adequada ao exercício de funções no controle da dengue, por meio de ações integradas entre a vigilância em saúde e APS (SANTOS et al., 2016).

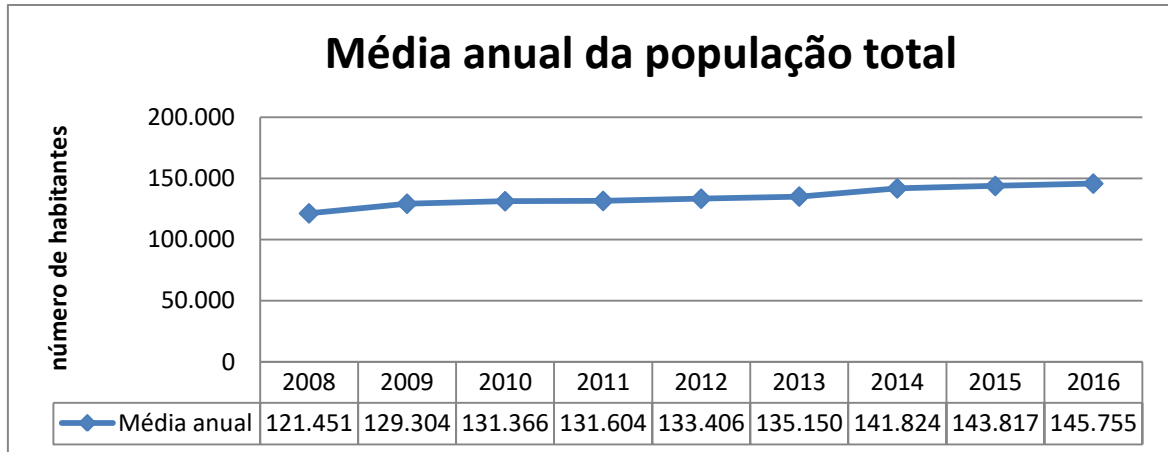
Este cenário, constituído pela análise dos dados epidemiológicos e ações decorrentes da atuação do médico veterinário na APS, pode ser utilizado como modelo por qualquer outro município, direcionado a qualquer um dos agravos, como os descritos neste estudo, permitindo a elaboração de estratégias e implantação de ações pelas equipes multiprofissionais que atuam no Nasf-AB, com consequente redução da morbi-mortalidade dos agravos que ocorrem na população.

5.2. Análise da situação das equipes de Saúde da Família (eSF)

Para a análise da situação das eSFs, no Município de Franco da Rocha/SP, foram avaliadas a população total; número de eSF; cobertura populacional de eSF e número de Nasf-AB, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2016.

5.2.1. População total

A população do Município de Franco da Rocha/SP variou de 121.451 habitantes no ano de 2008, para 145.755 no ano de 2016, mostrando um crescimento de 16%, no período estudado, de acordo com os dados da Figura 9.



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

Figura 9. Médias anuais da população total do Município de Franco da Rocha/SP, de 2008 a 2016.

É necessário considerar que, entre 2008 e 2016, houve mortalidade e nascimentos e por esse motivo não é possível afirmar que os indivíduos se mantiveram ao longo dos anos analisados e que o crescimento da população ocorreu por terem nascido mais indivíduos, entretanto como a análise demográfica não é o objeto deste estudo, isso não será discutido.

Os dados da população total serão necessários para análise da cobertura populacional de eSF e cobertura populacional de ACSs, realizada nos itens a seguir, com o intuito de verificar a adequação à PNAB, preconizada pelo MS (BRASIL, 2017a).

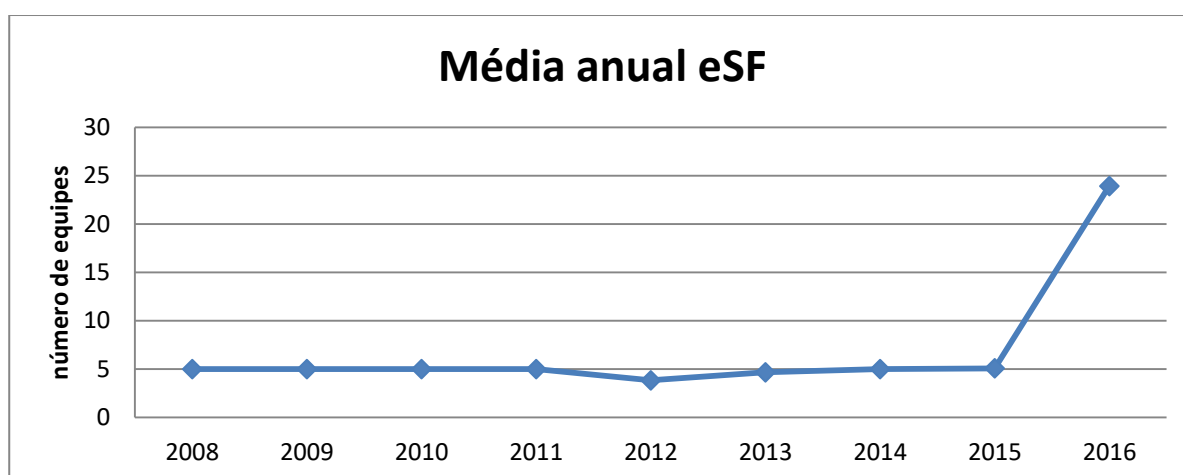
5.2.2. Equipes de Saúde da Família (eSF) e cobertura populacional

Durante o período de 2008 a 2016, a média do número de eSF, no Município de Franco da Rocha/SP variou de 05 (2008) a 24 (2016), de acordo com os dados observados na Figura 10. Estes resultados não diferem da atual política de expansão e consolidação da Estratégia de Saúde da Família no país, como relatado por Viana et al. (2009) ao afirmarem que houve um aumento significativo da

população coberta pelo programa, passando de menos de 1% em 1994 para aproximadamente 46% em dezembro de 2006, contemplando municípios de médio e grande porte das regiões sul e sudeste pela indução federal.

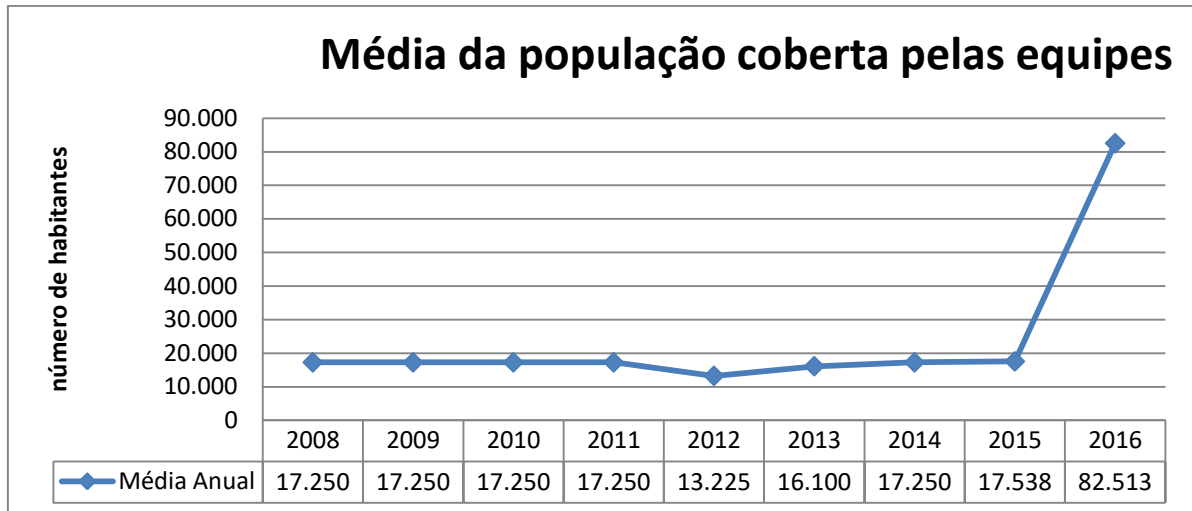
A estimativa de cobertura média populacional das eSF, só foi possível a partir de 1998, com a implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), uma vez que, para calcular a proporção da população coberta pela Estratégia, é necessário considerar o número de equipes de Saúde da Família existentes no município (RODRIGUES, 2016).

Em relação a cobertura populacional pelas eSF, considerando a população de 121.451 habitantes em 2008, apenas 17.250 deles tinham acesso às 5 eSF implantadas no Município de Franco da Rocha, o que representava uma cobertura populacional de 14,2%; o valor médio se manteve constante até o ano de 2015. Entretanto, no ano de 2016, o número de eSF foi ampliado para 24 e uma população de 82.513, de um total de 145.755 habitantes, passou a ter acesso à ESF, representando uma cobertura populacional de 56,6%, ampliando a cobertura em aproximadamente quatro vezes, visto que praticamente 65.200 pessoas a mais passaram a ser atendidas pelas equipes a partir do ano de 2016, de acordo com os dados da Figura 11 e Tabela 4.



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE, 2017.

Figura 10. Média anual do número de equipes de saúde da família no Município de Franco da Rocha/SP.



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE, 2017.

Figura 11. Cobertura populacional das equipes de eSF no Município de Franco da Rocha/SP, de 2008 a 2016.

Tabela 4. Média anual da população total, número de equipes de saúde da família, média da população coberta pela eSF e percentual de cobertura populacional, no município de Franco da Rocha/SP, 2008 a 2016.

	(A)	(B)	(C)	(D)
2008	121.451	05	17.250	14,2
2009	129.304	05	17.250	13,3
2010	131.366	05	17.250	13,1
2011	131.604	05	17.250	13,1
2012	133.406	04	13.225	9,9
2013	135.150	05	16.100	11,9
2014	141.824	05	17.250	12,2
2015	143.817	05	17.538	12,2
2016	145.755	24	82.513	56,6

(A): média anual da população total; (B): número de equipes de saúde da família (eSF); (C): média da população coberta pela eSF; (D): percentual de cobertura populacional

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE, 2017.

Em relação à cobertura populacional, verificou-se que o Município de Franco da Rocha/SP apresentou um crescimento de 42,4%, no período de 2008 a 2016 (Tabela 4), maior do que o observado no Estado de São Paulo e no Brasil, que

foram de 15,1% e 14,2%, respectivamente, de acordo com os dados das Tabelas 5 e 6.

Tabela 5. Média anual da população total, número de equipes de saúde da família, média da população coberta pela eSF e percentual de cobertura populacional, no Estado de São Paulo, 2008 a 2016.

	(A)	(B)	(C)	(D)
2008	41.074.072	3.134	10.526.985	25,6
2009	41.012.785	3.216	10.812.635	26,4
2010	41.385.189	3.380	11.389.542	27,5
2011	41.262.199	3.524	11.848.882	28,7
2012	41.587.182	3.792	12.766.477	30,7
2013	41.901.219	3.744	12.601.254	30,1
2014	41.901.219	4.780	16.055.607	38,3
2015	41.901.219	4.968	16.702.753	39,9
2016	41.901.219	5.074	17.051.141	40,7

(A): média anual da população total; (B): número de equipes de saúde da família (eSF); (C): média da população coberta pela eSF; (D): percentual de cobertura populacional

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE, 2017.

Tabela 6. Média anual da população total, número de equipes de saúde da família, média da população coberta pela eSF e percentual de cobertura populacional, no Brasil, 2008 a 2016.

	(A)	(B)	(C)	(D)
2008	188.206.105	29.300	93.178.011	49,5
2009	189.681.859	30.328	96.140.711	50,7
2010	191.575.774	31.660	100.068.661	52,2
2011	191.755.799	32.295	101.884.067	53,1
2012	192.379.287	33.404	105.504.290	54,8
2013	193.976.530	34.715	109.341.094	56,4
2014	193.976.530	39.310	121.190.878	62,5
2015	193.976.530	40.162	123.605.306	63,7
2016	193.976.530	40.098	123.556.551	63,7

(A): média anual da população total; (B): número de equipes de saúde da família (eSF); (C): média da população coberta pela eSF; (D): percentual de cobertura populacional

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE, 2017.

No Brasil, a implantação da Estratégia Saúde da Família experimentou grande expansão de cobertura a partir dos anos 2000, com ritmos diferentes entre as regiões e porte populacional dos municípios (ALVES et al., 2014).

PAIM et al. (2012) relataram que, mesmo com o PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família) a partir de 2003, uma iniciativa do MS, com o objetivo de apoiar, por meio da transferência de recursos financeiros, a expansão da cobertura da ESF nos municípios com mais de 100.000 habitantes, a cobertura populacional em 2010 ainda era baixa em municípios de grande e médio porte, haja visto os 13,1% de cobertura populacional no Município de Franco da Rocha no referido ano, enquanto os municípios com mais de 50.000 habitantes registraram uma cobertura média de 30% da população e os de até 20.000 habitantes, alcançaram uma cobertura de 85%.

No ano de 2010, o Brasil tinha 94,0% dos seus municípios com eSF, totalizando uma cobertura populacional de 49,0%, o que correspondia a aproximadamente 88 milhões de pessoas assistidas pela Estratégia Saúde da Família que era composta por 30.000 eSF (RODRIGUES, 2016).

Malta et al. (2016) relataram um aumento na cobertura da população pela ESF no Brasil, passando de 50,9%, segundo a Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios (PNAD) 2008, para 53,4% em 2013, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde.

Entretanto, esse aumento de cobertura populacional observado no Brasil não reflete a realidade de muitos municípios brasileiros, como por exemplo, os dados verificados neste estudo, cuja cobertura populacional no ano de 2008 era de 14,2% e no ano de 2013, de 11,9%, mostrando, portanto, uma redução no número de pessoas assistidas pela ESF.

A implantação da ESF no país experimentou expressiva expansão de cobertura na última década, embora em ritmos diferentes entre as regiões e de acordo com o porte populacional dos municípios, em função de mecanismos de gestão e das desigualdades sociais do país, com repercussões importantes no acesso e uso dos serviços de saúde (FAUSTO et al., 2014; BRASIL, 2011).

De acordo com os dados da tabela 7, observou-se ainda que, no ano de 2016, 82.513 habitantes de Franco da Rocha estavam adscritos no território de 24

equipes de ESF, representando uma média de 3.438 pessoas por esF, respeitando-se os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL,2017a), em que as eSF devem atender entre 3.000 e 4.000 pessoas, dados estes semelhantes em acordo com a PNAB, também para o Estado de São Paulo e Brasil (BRASIL, 2017h; IBGE, 2017).

Tabela 7. Número de pessoas adscritas por equipe de Saúde da Família, no Município de Franco da Rocha/SP, Estado de São Paulo e Brasil, no período de 2008 a 2016.

Ano	Local	Franco da Rocha	São Paulo	Brasil
2008		3.450	3.359	3.180
2009		3.450	3.362	3.170
2010		3.450	3.370	3.161
2011		3.450	3.362	3.155
2012		3.306	3.367	3.158
2013		3.220	3.366	3.150
2014		3.450	3.359	3.083
2015		3.507	3.362	3.078
2016		3.438	3.360	3.081

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE, 2017.

A análise da situação das equipes de saúde da família evidencia que a expansão foi crescente no Município de Franco da Rocha, principalmente a partir do ano de 2015, provavelmente por fatores políticos e mudança de gestão no município. Um maior número de equipes pode colaborar para a redução das iniquidades na população e melhor qualidade de vida, pois como relatado por Macinko et al. (2006), nos municípios com PSF implantado observou-se a redução da mortalidade infantil, fato este associado à ampliação da cobertura e ao maior acesso da atenção primária pela população.

Vale ressaltar, ainda, que o maior acesso a serviços de atenção primária e uma maior cobertura populacional por eSF contribuem não apenas para reduzir as taxas de internação e melhoria dos indicadores, mas também na redução de desigualdades socioeconômicas e na qualidade de vida, equidade e saúde

populacional, por proporcionar uma capacidade potencial de respostas às necessidades dos usuários (STARFIELD, 2002; KRINGOS et al., 2011).

5.2.3. Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Em novembro de 2015 foi implantado um NASF – Tipo 1 no Município de Franco da Rocha/SP, e a composição da equipe foi realizada de modo a suprir necessidades técnico-assistenciais, com um assistente social, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional e dois psicólogos.

Considerando-se os aspectos epidemiológicos já descritos nos itens anteriores, relativos à ocorrência de acidente por animais peçonhentos, acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva, dengue e leptospirose, assim como a demanda por atividades nos territórios; e pelo fato de apenas 56,6% da população estar coberta por eSF seria muito útil, a inserção de um profissional médico veterinário no único Nasf-AB implantado no Município de Franco da Rocha/SP, ou mesmo a ampliação do quantitativo de eSF e a criação de um novo Nasf-AB com a inclusão do médico veterinário, no intuito de instituir atividades de prevenção e controle não só dos agravos já descritos neste estudo, como também de outras ações relativas à atuação desse profissional na equipe multiprofissional, a partir dos exemplos já relatados em outros municípios (BRASIL, 2009; CFMV, 2009; FRIAS et al., 2011; MOUTINHO, 2016).

O médico veterinário, reconhecido no Brasil como profissional da área da Saúde pela resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 287/1998 (BRASIL, 1998), além de estar entre os profissionais que podem compor a equipe multiprofissional do Nasf-AB (BRASIL, 2017a), tem a responsabilidade de proporcionar melhores condições ambientais, difusão de informações e orientação à população humana quanto aos princípios básicos de saúde, sobretudo no contexto atual de Saúde Única, que traduz a união indissociável entre a saúde ambiental, saúde humana e saúde animal (GOMES, 2017).

De acordo com Araújo (2013), a implementação das ações de competência do médico veterinário, desenvolvidas como práticas de gerência de serviço e assistência de cunho participativo, por meio do trabalho em equipe multiprofissional, deverá fortalecer a Atenção Básica em Saúde, ampliando as fronteiras de atuação

na assistência à população dos territórios visando uma melhor resolução dos problemas de saúde.

O médico veterinário contribui para o setor da APS ao oferecer seu conhecimento, orientação e visão crítica às ações que envolvem a interface animal, ambiente e ser humano, além de atuar como elemento potencializador das ações em políticas públicas de saúde, tendo em vista a iniciativa internacional Saúde Única (MORAES, 2017).

Considerando o levantamento epidemiológico inicial já relatado neste estudo e a ocorrência de agravos que envolvem a interface animais/ambiente/humanos no Município de Franco da Rocha, a presença e a atuação de um médico veterinário são indispensáveis no Nasf-AB, pois conforme relatado por Begali (2016), nas situações que envolvem a interface da saúde humana, animal e o contexto ambiental, são muitas as necessidades em todos os territórios e domicílios assistidos pelas eSF. Ações estratégicas devem ser desenvolvidas para controlar essas situações e diminuir o impacto causado por elas, visto a atuação interdisciplinar do médico veterinário com enfermeiros, médicos, ACS e demais integrantes das eSF, colaborando para a formação continuada e educação permanente em saúde destes profissionais que atuam no mesmo território.

O médico veterinário desempenha um papel fundamental como promotor da saúde humana nas equipes multiprofissionais de saúde, especialmente nos NASF, por acompanhar e desenvolver atividades inter e multidisciplinares na ESF, relacionadas principalmente a assuntos que abordem a relação entre seres humanos e animais e o risco de transmissão de doenças, por meio de rodas de conversas em vários grupos, qualificando as práticas e os conhecimentos em saúde, devido a sua capacidade de análise e intervenção sanitária e ambiental relacionadas aos fatores de risco biológicos presentes no território de atuação do Nasf-AB (OLIVEIRA et al., 2017).

A experiência de residentes médicos veterinários em dois municípios da região metropolitana de Curitiba-PR, na rotina de um NASF, contribuiu para a aproximação do profissional à realidade do território e para a criação de vínculos com a comunidade, aumentando a capacidade de resolução das demandas encontradas, além de proporcionar a troca de experiências e conhecimentos para a

busca de soluções relacionadas aos problemas locais, com outros profissionais de saúde que atuavam no NASF (FAVARO et al., 2017).

De acordo com Xavier & Nascimento (2017), o papel estratégico do médico veterinário na prevenção e controle de enfermidades deve ser constante, a ponto de permitir a partilha de experiências entre outros profissionais da área da saúde a fim de salvaguardar a vida dos animais e, principalmente, da população humana, visto que possuem conhecimentos e podem contribuir para ações de prevenção, controle e erradicação das doenças provocadas por diversos fatores, como os relacionados às toxi-infecções alimentares, enfermidades infecciosas de causas multivariadas ou aquelas transmitidas por vetores, roedores ou outras pragas presentes no ambiente.

6 Conclusão

Demonstrou-se, com o estudo realizado no Município de Franco da Rocha/SP, a importância da inclusão do médico veterinário nas equipes de NASF, uma vez que, no levantamento epidemiológico, os números indicaram uma incidência importante de acidentes causados por animais peçonhentos e por animais potencialmente transmissores da raiva, e de doenças como a leptospirose e a dengue, no período de estudo.

Houve um aumento significativo no número de eSF no Município a partir de 2015, mas apesar do aumento da cobertura populacional no período, não foi observada redução na incidência dos agravos estudados. Com a inclusão do médico veterinário na Atenção Básica, por intermédio do NASF, existe a possibilidade de atuação multiprofissional para diminuir os riscos dessas enfermidades e desses agravos, uma vez que ele atuará na interface ambiente, animais e humanos, com ações de prevenção, promovendo a proteção e a promoção da saúde.

O número atual de eSF no Município Franco da Rocha/SP permite que seja criada mais uma equipe de NASF com a inclusão do profissional médico veterinário e que, para tanto, é primordial o levantamento epidemiológico nos territórios que serão atendidos

O presente estudo pode representar um modelo para o levantamento em outros municípios do Brasil.

7 Considerações Finais

Foi possível observar a ocorrência de agravos como acidentes por animais peçonhentos e animais potencialmente transmissores da raiva, além de doenças como dengue e leptospirose, de forma endêmica no território de Franco da Rocha/SP, durante os anos de 2008 a 2016, dados estes fundamentais ao planejamento de ações pelo médico veterinário que atua no NASF.

A ação do médico veterinário no NASF deve estar integrada à vigilância em saúde, particularmente a vigilância epidemiológica, para o diagnóstico de situação em saúde no território e identificação da ordem de prioridades, considerando-se todos os agravos como importantes, porém, alguns que necessitam de ações com maior urgência, tanto pela gravidade quanto pela sua forma de ocorrência, como por exemplo, em situações epidêmicas.

A análise epidemiológica, portanto, é o primeiro passo para um projeto em que seja necessária a inclusão do médico veterinário na APS, particularmente no Nasf-AB, como estratégia de planejamento e definição de atividades a serem executadas no território.

A atuação integrada do médico veterinário do Nasf-AB com as demais áreas da vigilância em saúde, como por exemplo, a sanitária e a ambiental, são de extrema relevância, pois a maioria dos determinantes ambientais das doenças estão sob responsabilidade dessas equipes, e a educação em saúde é uma das principais atividades executadas pelo profissional, no campo de ação e/ou territórios sob a responsabilidade tanto da vigilância em saúde quanto do NASF.

Foi possível observar o claro direcionamento do aumento da cobertura de AB no município em estudo. Estes resultados indicam a contribuição dessas estratégias para a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde. De fato, o Brasil vem sendo citado como exemplo bem-sucedido de política de AB envolvendo ACS em larga escala.

Os achados desta pesquisa contribuem como modelo para inclusão do médico veterinário no NASF e para valorizar suas atividades na equipe no que interessa ao estado de saúde dos indivíduos e da população. A avaliação dos dados epidemiológicos e da situação das eSF conduzida em unidades geográficas menores, como no caso deste estudo, realizado em um dos 645 municípios do

Estado de São Paulo, de 26 Estados federados, é beneficiada por uma maior homogeneidade, contribuindo para as análises, visando institucionalizar os serviços e a consecução de um sistema de saúde universal e equânime.

Apesar do aumento da cobertura populacional pelas eSF no período de estudo, não foi observada redução na incidência dos agravos pesquisados. Considerando-se, ainda, que 43,4% da população não estão cobertas por eSF, as ações do médico veterinário no NASF poderiam colaborar para a promoção em saúde, a partir da sua atuação de forma interdisciplinar com os enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde e demais integrantes da eSF, com a finalidade de melhorar os problemas em saúde relacionados à interface humanos, animais e ambiente, o que favoreceria maior resolubilidade da Atenção Básica no Município de Franco da Rocha/SP.

8. Referências

ALAN, M. B.; JONES, B. A. Unreported dog bites in children. **Public Health Reports**. v. 100, n. 3, p. 315-320, 1985.

ALONSO, B. P. M. **Estudo dos casos de agressões por cães no Município de Araraquara, Estado de São Paulo, Brasil**. 2005. 53f. Dissertação (Especialista em Saúde Pública) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araraquara, São Paulo, 2005.

ALVES, M.G.M., Casotti, E., Oliveira, L.G.D., Machado, M.T.C., Almeida, P.F., Corvino, M.P.F., Marin, J., Flauzino, R.F., Montenegro, L.A.A. **Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil**. *Saúde Debate*.; v.38, n. esp., p.34-51, 2014.

AMORA, S.S.A.; Vieira, A.M.L.; Rosa, G.E.; Monteiro, F.J.C.; Brasuna, J.C.M. **O Médico Veterinário no controle do Aedes aegypti**. *Revista CFMV*. Brasília: DF, Ano XXIII, n. 72, p. 8-10, 2017.

ANDRADE, L.M.B. *et al.* **Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina**. *Saúde e Transformação Social*, v.1, n.1, p.18-31, 2012.

ARAÚJO, M. M. **Inserção do Médico Veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Estudos, Perspectivas e Propostas**. 2013. 83 f. Tese (Doutorado em Medicina Veterinária) – Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Jaboticabal, 2013.

ARMELIN, N. T., J. R. A. **O papel e a importância do médico veterinário no sistema único de saúde: uma análise à luz do direito sanitário**. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.*, Brasília, v.5, n.1, p.60-77, jan./mar, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v5i1.245>. > Acesso em novembro de 2017.

AVMA. AMERICAN VETERINARY MEDICAL ASSOCIATION. Task force on canine aggression an human-canine interactions. **Journal of American Veterinary Medical Association**, v. 18, n. 11, p. 1732-1749, 2001.

BARBOSA, E.G. *et al.* **Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares - MG**. *Revista Fisioterapia e Movimento*. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010351502010000200015&lng=en>. Acesso em: 27 abr. 2017.

BARBOSA, D.S. **A inserção do Médico Veterinário nos Núcleos de Apoio à Saúde da família (NASF): novos caminhos de atuação na saúde pública**. *www.jmphc.com J Manag Prim Health Care*; v.5, n.1, p.1-3, 2014.

BHATT, S. et al. The global distribution and burden of dengue. **Macmillan Publishers Limited**. Londres, v. 496, p. 504-507, abr. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [acesso em: 12 maio 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.

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 das outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF: set. 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e das outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF: dez. 1990b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997**. Reconhece como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. **Diário Oficial da União**, 05 de maio de 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF, 25 jan. 2008. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 15 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde: zoonoses**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 22). Brasília: Ministério da Saúde, 2009a (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes Nacionais para a prevenção e controle de epidemias da dengue**. Brasília, 2009b (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Caderno de Atenção Básica n. 27**. Brasília: Ministério da Saúde; 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleos de Apoio à Saúde da Família – **NASF. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1.** Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. 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. 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. Perfil dos atendimentos antirrábicos humanos, Brasil, 2009-2013.** N.30, v.47, 2016b. Disponível em: <
<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/29/2016-010.pdf>> Acesso em 14 ago 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.436, de 21 de 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).** Disponível em: <
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/250584.html>>. Acesso em 10 de novembro de 2017. Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de A a Z. **Série histórica de casos de acidentes por animais peçonhentos. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas.** Disponível em: <
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/01/4-Acidentes-segundo-mes-2016.pdf>>. 2017b. Acesso em 18 nov.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de A a Z. **Casos de Dengue. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2016.** Disponível em: <
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/10/Dengue-classica-ate-2016.pdf>>. 2017c. Acesso em 18 nov.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de A a Z. **Casos confirmados de Leptospirose de 2000 a 2017.** Disponível em: <
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/09/Leptospirose-2000-2017-casos.pdf>>. 2017d. Acesso em 18 nov.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de A a Z. **Óbitos de Raiva Humana, Grandes Regiões e Unidades Federadas 1990 a 2017.** Disponível em: <
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/14/RH-Obitos-por-UF-1990-a-2017--10-2017.pdf>>. 2017e. Acesso em 18 nov.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de A a Z. **Óbitos por animais peçonhentos. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas.** 2000 a 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/01/3-Obitos-AnimaisPeconhentos-2000-2016.pdf>>. 2017f. Acesso em 18 nov.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de A a Z. **Óbitos por leptospirose de 2000 a 2017.** Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/09/Leptospirose-2000-2017-obitos.pdf>>. 2017g. Acesso em 18 nov.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Básica. **Informação e Gestão da Atenção Básica.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. 2017h. Acesso em 18 nov.2017.

BEGALI, J. H. **Subsídios para implantação de um núcleo de apoio da saúde (NASF) com a inserção do médico veterinário.** 79f. Dissertação (mestrado em Medicina Veterinária). Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinária. Departamento de Medicina Veterinária Preventiva e Reprodução Animal. Universidade Estadual Paulista - UNESP, Jaboticabal, São Paulo, 2016.

BUZZAR, M. R. **Perfil Epidemiológico da leptospirose no Estado de São Paulo no período de 2007 a 2011.** II Conferência Internacional em Epidemiologia – EPI-CNE, São Paulo, SP, 2012.

CARVALHO, A. C. F. B.; BÜRGER, K. P.; BÜRGER, C. P.; SAMPAIO, M. O. **Diagnóstico de situação – noções de profissionais da área de Medicina Veterinária sobre a atuação na área da Saúde Pública.** Revista CES/Medicina Veterinária y Zootecnia, v. 4, n. 1, p. 18-23, 2009.

CFMV. Conselho Federal de Medicina Veterinária. Comissão Nacional de Saúde Pública Veterinária. **O Médico Veterinário, a Estratégia de Saúde da Família e o NASF.** CFMV; v.15, n.48, p.9-14, 2009.

CFMV. Conselho Federal de Medicina Veterinária. Comissão Nacional de Saúde Pública Veterinária. **O Médico Veterinário, a Estratégia de Saúde da Família e o NASF.** Revista 641 Rev. APS. 2016 out/dez; v.19, n.4, p.635 - 643. CFMV. 2009.

DAHER, M.J.E., BARRETO, B.T.B., CARVALHO, S.C. **Dengue: aplicação do protocolo de atendimento pelos enfermeiros.** Rev Enferm UFSM; v.3, n.3, p.440-448, 2013.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; ALMEIDA, C. A. N.; BONILHA, L. R. C. M.; SOUZA, T. C. C. **Acidentes com animais domésticos na infância e adolescência.** Pediatria, São Paulo, v. 22, p. 319-324, 2000.

FAUSTO, M.C.R., GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M.H.M., SEIDL, H., GAGNO, J. **A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na**

perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. Saúde Debate; v.38 n.esp., p.13-33, 2014.

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. 2017.

FELISBERTO, E. **Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate.** Cienc Saude Coletiva. v.11, n.3, p.553-63. jul-set, 2006.

FONSECA, L. X. **Análise do perfil epidemiológico de casos de leptospirose humana durante o período de 2008 a 2010.** Brasília, 2012.

FRIAS, D. F. R.; LAGES, S. L. S.; CARVALHO, A. A. B. **Avaliação da conduta de profilaxia antirrábica humana indicada para pessoas envolvidas m agravos com cães e gatos no Município de Jaboticabal, SP, no período de 2000 a 2006.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 14, n. 4, p. 722-732, 2011.

FRIAS, D. F. R. **Profilaxia antirrábica humana: proposta de uma nova metodologia de ação.** 105f. Tese (doutorado em Medicina Veterinária). Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinária. Departamento de Medicina Veterinária Preventiva e Reprodução Animal. Universidade Estadual Paulista - UNESP, Jaboticabal, São Paulo, 2012.

GOMES, L. B. **Importância e atribuições do médico veterinário na saúde coletiva.** Sinapse Múltipla, v. 6, n.1, p.70-75, jul., 2017.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE – Estimativas de Projeções Populacionais.** Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao>. Acesso em: 20 de setembro de 2017.

JUNIOR, A.M.F.; FONSECA, A. G.; EVANGELISTA, L.I.; SEGUNDO, F.A.S.; COSTA, P.W.L. **Estratégias de atuação do médico veterinário no NASF.** An Congr Bras Med Fam Comunidade. Belém,; v.12, p.600, Maio 2013.

LIMONGI, J. E.; Menezes, E. C.; Menezes, A. C. **Vigilância em saúde no programa saúde da família.** Hygeia v.4, n. 7, p. 5-44, Dez/2008.

KRINGOS, D.S., Boerma, W.G.W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., Oleszzyk, M., Pavlic, DR., Svab, I., Tedeschi, P., Wilson, A., Windak, A., Dedeu, T., Wilm, S. **The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators.** BMC Family Practice; v.11, n.1, p. 81, 2010

MACHADO. C. **Um panorama dos acidentes por animais peçonhentos no Brasil.** Journal Health NPEPS. 2016; 1(1): 1-3. Disponível em :

https://www.researchgate.net/profile/Claudio_Machado3/publication/311322542_Panorama_dos_acidentes_por_animais_peconhentos_no_Brasil/links/5841a0fe08ae8e63e6218fa1/Panorama-dos-acidentes-por-animais-peconhentos-no-Brasil.pdf. Acesso em 12 dez. 2017.

MACINKO, J., GUANAIS, F.C., FÁTIMA, M., SOUZA, M.. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J Epidemiol Community Health.** v.60, n.1, p.13-19, 2006.

MÂNGIA, E.F.; LANCMAN, S. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional.** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo; São Paulo, v.19, n.2, ago. 2008.

MEDITSCH, R. G. M. **O medico 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.

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. Departamento de Medicina Veterinária Preventiva e Reprodução Animal. Universidade Estadual Paulista - UNESP, Jaboticabal, São Paulo, 2017.

MORAIS, A.P.P., Gomes, A.M.A. Modelos tecnoassistenciais para a consolidação do Sistema Único de Saúde –SUS. In: MOREIRA, T.M.M., Ávila, M.M.M., Jorge, M.S.B. **Manual de Saúde Pública.** Salvador: Sanar, 2016.

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.

OIE - World Organization for Animal Health. **One World, one health.** Bernand Vallad. Disponível em: <<http://www.oie.int/en/for-themedia/editorials/detail/article/one-world-one-health/>>.2016. Acesso em: 10 out. 2017.

OLIVEIRA, C. S. et al. **Ações interprofissionais e multidisciplinares do médico veterinário em estratégia de saúde da família, realizadas no município de Santa Maria, estado do Rio Grande do Sul, Brasil.** Revista de Educação Continuada em Medicina Veterinária e Zootecnia do CRMV-SP, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 96-96, mar. 2017. ISSN 2179-6645. Disponível em: <<http://revistas.bvs-vet.org.br/recmvz/article/view/37701/42405>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

OPAS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La situación de la rabia en América Latina de 1990 a 1994. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana,** v.119, p. 451-456, 1995.

OVERALL, K. L.; LOVE, M. Dog bites to humans – demography, epidemiology, injury, and risk. **Journal of the American Veterinary Medical Association**, v. 218, n.12, p. 1923-1934, 2001.

PAIM, J., TRAVASSOS, c., BAHIA, T., MACINKO, J.. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Séries de seis fascículos em Saúde no Brasil**. Publicado Online. p. 12-319, maio de 2011.

POSSAMAI, M.H.P. **O papel do médico veterinário na educação e formação na vigilância ambiental em saúde**. Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID), Número Monográfico, p. 59-73, Octubre, 2011.

POERNER, A. L. P. **Tendência e características do Atendimento Anti-Rábico Humano Pós-exposição na Região Centro-Sul Fluminense, 2000-2005**. 51f. Dissertação (Curso de pós-graduação em Ciências Veterinárias). Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Instituto de Veterinária. 2007.

PFUETZENREITER, M. R. **O ensino da medicina Veterinária Preventiva e Saúde Pública nos cursos de Medicina Veterinária**. Florianópolis, 2003. 459 p.Tese de Doutorado em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina.

PFUETZENREITER, M. R.; ZYLBERSZTAJN, A.; AVILA-PIRES, F. D. **Evolução histórica da Medicina Veterinária Preventiva e Saúde Pública**. Ciência Rural, Santa Maria, v. 34, n. 5, p. 1661-1668, set-out, 2004.

PFUETZENREITER, M. R. e Zylbersztajn, A. **O ensino de saúde e os currículos dos cursos de medicina veterinária: um estudo de caso**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.8, n. 15, p.349-60, 2004.

RODRIGUES, C.R.F., Do programa de Saúde da Família à Estratégia Saúde da Família. In: AGUIAR, Z.N. **Sistema Único de Saúde: antecedentes, processo, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martini, 2015.

SANTOS, C.V.B.; Lima, M.L.S.B.; Epifânio, I.S.; Vicente, M.J.M.; Brandespim, D.F. **A interação ensino-serviço comunidade no pet-saúde: relato de experiência**. Ciênc. vet. tróp., Recife-PE, v.19 n 3, p.16-19, 2016.

SILVA, A. M. **Leptospirose no Distrito Federal: perfil epidemiológico e caracterização dos prováveis locais de infecção dos casos humanos autóctones em 2011 e 2012**. Brasília, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

VIANA, A.L.d'A., DAL POZ, M. Reforma do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família. Physis: Ver. De Saúde Coletiva, v.8, n.2, p.11-48, 1998.

VIANA, A.L.d'A., SILVA, H.P., MELO, M.F.C., CAJUEIRO, J.P.M. Financiamento e desempenho da Atenção Básica no estado de São Paulo. In: COHN, A. (org.) **Saúde**

da Família e SUS: convergência e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: Cedec, 2009.

XAVIER, Daniele Rosa; NASCIMENTO, Guilherme Nobre Lima. **O médico veterinário na atenção básica à saúde.** DESAFIOS, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 28-34, abr. 2017. ISSN 2359-3652. Disponível em: <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/3199>>. Acesso em: 22 fev. 2018. doi: <https://doi.org/10.20873/uft.2359-3652.2017v4n2p28>.

WERGE, R. Culture change and veterinary medicine. **Journal of Veterinary Medical Education**, v. 30, n.1, p. 5-7, 2003.

WHO. World Health Organization. Future trends in veterinary public health. **Report of a WHO Study Group.** Geneva: WHO; 2002.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Rabies home – Animal rabies.** 2013. Disponível em: http://www.who.int/rabies/home_animal_rabies/en/index.html. Acesso em: 19 nov. 2013.

ANEXO 1**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro****PORTARIA NO - 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016**

Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências;

Considerando o art. 10, incisos VI a IX, da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências; Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, alterada pela Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011, que determina a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em estabelecimentos de saúde públicos ou privados;

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados;

Considerando a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso às informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências;

Considerando o Decreto Legislativo nº 395, publicado no Diário do Senado Federal em 13 de março de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS); e

Considerando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), resolve:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º Esta Portaria define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo.

Art. 2º Para fins de notificação compulsória de importância nacional, serão considerados os seguintes conceitos:

I - agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada;

II - autoridades de saúde: o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, responsáveis pela vigilância em saúde em cada esfera de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - doença: enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

IV - epizootia: doença ou morte de animal ou de grupo de animais que possa apresentar riscos à saúde pública;

V - evento de saúde pública (ESP): situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínicoepidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes;

VI - notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal;

VII - notificação compulsória imediata (NCI): notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível;

VIII - notificação compulsória semanal (NCS): notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo;

IX - notificação compulsória negativa: comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória; e

X - vigilância sentinela: modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

CAPÍTULO II

DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Art. 3º A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

§ 1º A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravamento, de acordo com o estabelecido no anexo, observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela SVS/MS.

§ 2º A comunicação de doença, agravamento ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

§ 3º A comunicação de doença, agravamento ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento.

Art. 4º A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível.

Parágrafo único. A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informá-la, em até 24 (vinte e quatro) horas desse recebimento, às demais esferas de gestão do SUS, o conhecimento de qualquer uma das doenças ou agravamentos constantes no anexo.

Art. 5º A notificação compulsória semanal será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de doença ou agravamento de notificação compulsória.

Parágrafo único. No Distrito Federal, a notificação será feita à Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Art. 6º A notificação compulsória, independente da forma como realizada, também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 7º As autoridades de saúde garantirão o sigilo das informações pessoais integrantes da notificação compulsória que estejam sob sua responsabilidade

Art. 8º As autoridades de saúde garantirão a divulgação atualizada dos dados públicos da notificação compulsória para profissionais de saúde, órgãos de controle social e população em geral.

Art. 9º A SVS/MS e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios divulgarão, em endereço eletrônico oficial, o número de telefone, fax, endereço de e-mail institucional ou formulário para notificação compulsória.

Art. 10. A SVS/MS publicará normas técnicas complementares relativas aos fluxos, prazos, instrumentos, definições de casos suspeitos e confirmados, funcionamento dos sistemas de informação em saúde e demais diretrizes técnicas para o cumprimento e operacionalização desta Portaria, no prazo de até 90 (noventa) dias, contados a partir da sua publicação.

Art. 11. A relação das doenças e agravos monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 12. A relação das epizootias e suas diretrizes de notificação constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. Art. 14.

Fica revogada a Portaria nº 1.271/GM/MS, de 06 de junho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, nº 108, Seção 1, do dia 09 de junho de 2014, p. 37.

Art. 14. Fica revogada a Portaria nº 1.271/GM/MS, de 06 de junho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, nº 108, Seção 1, do dia 09 de junho de 2014, p. 37.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

LISTA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal*
		MS	SES	SMS	
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X
	b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes			X	
2	Acidente por animal peçonhento			X	
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	
4	Botulismo	X	X	X	
5	Cólera	X	X	X	
6	Coqueluche		X	X	
7	a. Dengue - Casos				X
	b. Dengue - Óbitos	X	X	X	
8	Difteria		X	X	
9	Doença de Chagas Aguda		X	X	

10	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X
11	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"		X	X	
	b. Doença Meningocócica e outras meningites		X	X	
12	Doenças com suspeita de disseminação intencional: a. Antraz pneumônico b. Tularemia c. Variola	X	X	X	
13	Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: a. Arnavírus b. Ebola c. Marburg d. Lassa e. Febre purpúrica brasileira	X	X	X	
14	a. Doença aguda pelo vírus Zika				X
	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante		X	X	
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	X	X	X	
15	Esquistossomose				X
16	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no Art. 2º desta portaria)	X	X	X	
17	Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação	X	X	X	
18	Febre Amarela	X	X	X	
19	a. Febre de Chikungunya				X
	b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão	X	X	X	
	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	X	X	X	
20	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X	
	21	Febre Maculosa e outras Riquetisioses	X	X	X
22	Febre Tifoide		X	X	
23	Hanseníase				X
24	Hantavirose	X	X	X	

25	Hepatites virais				X
26	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X
27	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				X
28	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X

29	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X	
30	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				X
31	Leishmaniose Tegumentar Americana				X
32	Leishmaniose Visceral				X
33	Leptospirose			X	
34	a. Malária na região amazônica				X
	b. Malária na região extra Amazônica	X	X	X	
35	Óbito: a. Infantil b. Materno				X
36	Poliomielite por poliovirus selvagem	X	X	X	
37	Peste	X	X	X	
38	Raiva humana	X	X	X	
39	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
40	Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola	X	X	X	
41	Sífilis: a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante				X
42	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
43	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus a. SARS-CoV b. MERS- CoV	X	X	X	
44	Tétano: a. Acidental b. Neonatal			X	
45	Toxoplasmose gestacional e congênita				X
46	Tuberculose				X
47	Varicela - caso grave internado ou óbito		X	X	
48	a. Violência doméstica e/ou outras violências				X
	b. Violência sexual e tentativa de suicídio			X	

* Informação adicional: Notificação imediata ou semanal seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS; Legenda: MS (Ministério da Saúde), SES (Secretaria Estadual de Saúde) ou SMS (Secretaria Municipal de Saúde) A notificação imediata no Distrito Federal é equivalente à SMS.

ANEXO 2

unesp
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"



Francisco da Rocha, 14 de jan de 2016

Prezado Senh 71,

Vimos solicitar a parceria entre esta Secretaria Municipal de Saúde e o Departamento de Medicina Veterinária Preventiva da Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, UNESP, Câmpus de Jaboticabal/SP, para o desenvolvimento de um projeto de pesquisa de mestrado intitulado "**Estratégias para a atuação do Médico Veterinário nos Núcleos de Apoio de Saúde da Família**", sob a autoria da pós-graduanda Carolina Silveira Lustosa Nogueira e sob orientação da Profª. Drª. Adolorata Aparecida Bianco Carvalho, que será realizado em seis Municípios do Estado de São Paulo.

Pedimos permissão para fazer levantamento de dados referentes à Diretoria de Atenção Básica Municipal e entrevista com os Médicos Veterinários atuantes na Prefeitura Municipal.

Os resultados gerais e finais serão fornecidos a esta Secretaria e espera-se com isso obter um diagnóstico geral da situação da Atenção Básica Municipal, área importante e crescente dentro das Políticas Públicas do Ministério da Saúde junto à sociedade brasileira.

Agradecemos de antemão a colaboração com este estudo de grande importância para a Medicina Veterinária e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e despedimo-nos no aguardo de seu parecer sobre a solicitação.

Atenciosamente,

Carolina Lustosa Nogueira

Carolina Silveira Lustosa Nogueira
Médica Veterinária – CRMV/SP 29.444
Pós-graduanda FCAV/UNESP, Jaboticabal, SP.

A. Bianco

Profa. Dra. Adolorata Aparecida Bianco de Carvalho
Orientadora - FCAV/UNESP, Jaboticabal, SP.

Ilm^o Sr. _____

Francisco Daniel Alegrim de Morais

14, janeiro de 2016.

Permito a parceria entre
PMFR e UNESP - Jaboatão (FCAV)
para desenvolvimento do projeto de
pesquisa de métodos de Caroline L. S. Nogueira

Francisco Daniel Celeguim de Moraes
Prefeito Municipal de Franco da Rocha

14/01/16.