

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

**INSERÇÃO DO MÉDICO VETERINÁRIO NO NÚCLEO DE
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDOS,
PERSPECTIVAS E PROPOSTAS**

Maurício Machado de Araújo

Médico Veterinário

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

**INSERÇÃO DO MÉDICO VETERINÁRIO NO NÚCLEO DE
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDOS,
PERSPECTIVAS E PROPOSTAS**

Maurício Machado de Araújo

Orientadora: Profa. Dra. Adolorata Aparecida Bianco Carvalho

Co-orientadora: Profa. Dra. Karina Paes Bürger

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias – Unesp, Câmpus de Jaboticabal, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Medicina Veterinária (Medicina Veterinária Preventiva)

Araújo, Maurício Machado
A663i Inserção do médico veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da
Família: estudos, perspectivas e propostas / Maurício Machado de
Araújo – Jaboticabal, 2013
xiii, 83 p: il.; 28 cm

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Ciências Agrárias e Veterinárias, 2013
Orientadora: Adolorata Aparecida Bianco Carvalho
Banca examinadora: Angela Cleuza de Fátima Banzatto de
Carvalho, Luiz Augusto do Amaral, Carlos Augusto Donini, Maria de
Lourdes Aguiar Bonadia Reichmann

Bibliografia

1.atenção básica. 2.estratégia saúde da família. 3.medicina
veterinária. 4.NASF. 5.políticas públicas de saúde I. Título. II.
Jaboticabal-Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias.

CDU 619:614:613.9

Ficha catalográfica elaborada pela Seção Técnica de Aquisição e Tratamento da Informação –
Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação - UNESP, Câmpus de Jaboticabal.

DADOS CURRICULARES DO AUTOR

MAURÍCIO MACHADO DE ARAÚJO – nascido em 04 de Janeiro de 1961, na cidade de Patos/PB. Médico Veterinário formado em 1987 pela Universidade Federal da Paraíba, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, Câmpus VII – Patos. Mestre em Zootecnia pela mesma instituição, em 2007. No ano de 2009 ingressou como doutorando no Programa de Pós-graduação em Medicina Veterinária (Medicina Veterinária Preventiva) da Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias Câmpus de Jaboticabal da Universidade Estadual Paulista - Unesp. Atividades profissionais: foi secretário municipal de saúde no Município de São Mamede-PB. Na década de 1990 trabalhou no Congresso Nacional como assessor parlamentar responsável pelos projetos dos municípios paraibanos, os quais tramitavam no Ministério da Saúde. No mesmo período, com a implantação do Sistema Único de Saúde, colaborou, junto ao Ministério da Saúde, na elaboração de projetos para implantar a municipalização da saúde em diversos municípios da região norte e centro-oeste do Brasil. De 1997 a 1999 foi professor no Departamento de Medicina Veterinária da Escola Superior de Agricultura de Mossoró/RN, hoje Universidade Federal do Semi-Árido – UFERSA, sendo o primeiro docente a ministrar as disciplinas de Parasitologia Veterinária, Epidemiologia e Doenças Parasitárias. Em 2002 implantou o Programa Saúde da Família no Município de Minas de Butiá/RS e foi diretor em Saúde no Município de Charqueadas/RS. Em 2006 e 2007 foi professor de Educação em Saúde, Zoonoses e Saúde Pública no Curso de Graduação em Medicina Veterinária da Universidade Federal de Campina Grande Câmpus VII – Patos/PB. Em 2007 foi coordenador do Curso de pós-graduação na área da saúde pelas Faculdades Integradas de Patos/PB, quando também ministrava as disciplinas de Saúde Pública, Epidemiologia aplicada ao Programa Saúde da Família, Bioética, Políticas Públicas de Saúde e Planejamento Estratégico em Saúde. Em 2010 foi diretor do Serviço de Vigilância em Saúde no Município de Jaboticabal/SP. Atualmente é consultor em Políticas Públicas de Saúde e coordenador do Curso de Capacitação para atuação do Médico Veterinário no Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, Unesp de Jaboticabal.

“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende”

Leonardo da Vinci

Dedico

À minha mãe Dinorá, pelas palavras de apoio, incentivo e encorajamento, e por quem tenho grande amor e admiração.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por me ter ungido com Seu Espírito Santo dando-me coragem, perseverança, comprometimento e envolvimento, aumentando o meu conhecimento e me levando ao encontro de um sonho.

Ao meu filho Maurício e aos meus irmãos - mesmo distantes, sempre pude contar com seus valiosos apoios.

À Profa. Dra. Adolorata Aparecida Bianco Carvalho que, como orientadora e amiga, levou-me a ver que sempre que nos propomos um desafio, contribuimos para um mundo melhor.

À Profa. Dra. Karina Bürger, co-orientadora, pelas valiosas contribuições e sugestões para a melhoria da redação deste trabalho.

Aos Professores Dr. Luiz Augusto do Amaral, Dra. Angela Cleuza de Fátima Banzatto de Carvalho, Dra. Maria da Glória Buzinaro, Dr. Oswaldo Durival Rossi Júnior e Dr. Luiz Francisco Prata, que estiveram sempre dispostos a aconselhar com confiança e sabedoria.

À Profa. Dra. Ana Célia Rodrigues de Athayde, da Universidade Federal de Campina Grande/PB, pela valiosa contribuição na realização da pesquisa em Patos.

Aos colegas de pós-graduação Lucimara Borges (Pínga), Gislaíne Raquel Santos (da Paraíba), Renata Ferreira dos Santos (de Minas Gerais), e Glaucenyra Cecília Pinheiro da Silva (de Mato Grosso), pelo auxílio na realização do trabalho e pela inesgotável paciência e compreensão.

Aos colegas do grupo de pesquisa coordenado pela Profa. Dra. Adolorata Aparecida Bianco Carvalho, em especial Juliana Olivência Ramalho Nunes, Mirelle Andréa de Carvalho Pícinato, Ana Paula Rodomilli Grísólio, Fernanda Cassioli de Moraes e Gislaíne Raquel Santos.

A todos os funcionários do Departamento de Medicina Veterinária Preventiva e Reprodução Animal da FCAV/Unesp/Jaboticabal.

Às bibliotecárias da FCAV/Unesp/Jaboticabal e a toda equipe, pelo acolhimento e atenção.

Ao meu primo Janduy Medeiros, que sempre me acolheu e incentivou-me para a realização deste trabalho.

Ao meu amigo Jeyson Montes, que além das digitações e sugestões realizadas para melhorar a qualidade do trabalho, apoiou-me nos momentos necessários.

Às amigas Dona Arminda Sargi e Nely Sargi, com as quais tive o prazer de compartilhar grandes momentos.

À CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior, pela bolsa concedida.

... e a todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram
para a realização deste trabalho.

Muito obrigado!!!

SUMÁRIO

	Página
LISTA DE TABELAS.....	x
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	xi
RESUMO.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	1
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Objetivos	2
1.1.1. Geral	2
1.1.2. Específicos	2
2. REVISÃO DE LITERATURA	3
2.1. Construção histórica do Sistema de Saúde no Brasil	3
2.2. As bases de regulamentação do SUS	5
2.3. Modelos de atenção primária e promoção da saúde	7
2.3.1. Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS	10
2.3.2. Programa Saúde da Família	10
2.3.3. Diretrizes para o trabalho das equipes de Saúde da Família	13
2.3.4. Diagnóstico situacional da Estratégia Saúde da Família no Brasil	14
2.3.5. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	15
2.3.5.1. Matriciamento	17
2.3.5.2. Atribuições dos membros da equipe do NASF	18
2.3.5.3. Procedimentos para implantação do NASF	18
2.3.5.4. Diagnóstico situacional do NASF no Brasil	19
2.4. Contribuições do médico veterinário na prática da Saúde Pública	20
2.5. Medicina Veterinária: a ciência do coletivo rumo ao NASF	23
2.5.1. Atribuições do médico veterinário no NASF	24
2.6. O ensino de Saúde Pública no Curso de Medicina Veterinária	26
3. REFERÊNCIAS	30
CAPÍTULO 2 – RELAÇÃO ENTRE A MEDICINA VETERINÁRIA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE GRADUANDOS, MÉDICOS VETERINÁRIOS E MEMBROS DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, EM PATOS/PB	39

RESUMO.....	39
ABSTRACT	40
1. INTRODUÇÃO	41
2. METODOLOGIA	43
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
4. CONCLUSÃO	55
5. REFERÊNCIAS	56
CAPÍTULO 3 – AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE ESTUDANTES E DE PROFISSIONAIS EM MEDICINA VETERINÁRIA SOBRE O ENSINO DE TEMAS RELACIONADOS AO SUS E À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DURANTE O CURSO DE GRADUAÇÃO	59
RESUMO	59
ABSTRACT	60
1. INTRODUÇÃO	61
2. METODOLOGIA	63
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
4. CONCLUSÃO	68
5. REFERÊNCIAS	70
CAPÍTULO 4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSTAS	71
1. Sugestões aos Conselhos Federal e Regionais de Medicina Veterinária ..	71
2. Sugestões às Instituições de Ensino Superior	73
3. Proposta de competências para o médico veterinário no NASF	74
APÊNDICE A – Modelo do questionário aplicado aos graduandos de Medicina Veterinária da UFCG – Patos/PB e aos Médicos Veterinários da Secretaria Municipal de Saúde – Patos/PB.....	77
APÊNDICE B – Modelo de questionário aplicado nas 36 equipes da Estratégia Saúde da Família (a médicos, enfermeiros e odontólogos) da Secretaria Municipal de Saúde – Patos/PB	79
ANEXO I – Termo de Autorização da Coordenação de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde, para a realização da pesquisa na Rede Municipal de Saúde	81
ANEXO II – Modelo do termo de consentimento livre e esclarecido entregue a todos os participantes da pesquisa, preenchido pelos mesmos.....	83

LISTA DE TABELAS

	Página
CAPÍTULO 2	
Tabela 1. Resultado da aplicação do questionário quanto à opinião sobre a existência de relação entre a Medicina Veterinária e as políticas públicas de saúde. Patos/PB, 2012.....	44
Tabela 2. Resultado da aplicação do questionário quanto à opinião sobre a existência de relação entre a Medicina Veterinária e o Sistema Único de Saúde (SUS). Patos/PB, 2012	46
Tabela 3. Resultado da aplicação do questionário ao responderem os participantes da pesquisa se tinham conhecimento sobre três itens relativos à construção do Sistema Único de Saúde. Patos/PB, 2012.....	47
Tabela 4. Resultado da aplicação do questionário quanto à opinião sobre a existência de relação entre a Medicina Veterinária e a atenção básica em saúde. Patos/PB, 2012.....	49
Tabela 5. Resultado da aplicação do questionário quanto à opinião sobre a existência de relação entre a Medicina Veterinária e a Vigilância em Saúde. Patos/PB, 2012.....	50
Tabela 6. Resultado da aplicação do questionário quanto à opinião sobre a existência de relação entre a Medicina Veterinária e doenças de notificação compulsória. Patos/PB, 2012	51
Tabela 7. Resultado da aplicação do questionário ao responderem os participantes da pesquisa se tinham conhecimento quanto à composição e as normas técnicas da equipe da Estratégia Saúde da Família. Patos/PB, 2012.....	52
Tabela 8. Resultado da aplicação do questionário ao responderem os participantes da pesquisa se tinham conhecimento sobre a inserção do médico veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Patos/PB, 2012	53
Tabela 9. Resultado da aplicação do questionário ao responderem os participantes da pesquisa se o NASF seria fortalecido com a presença do médico veterinário. Patos/PB, 2012	54
CAPÍTULO 3	
Tabela 1. Resultado da aplicação do questionário ao responderem os participantes da pesquisa se os temas referentes à construção do SUS foram trabalhados durante sua graduação. Patos/PB, 2012	65
Tabela 2. Resultado da aplicação do questionário ao responderem os participantes da pesquisa se os temas referentes aos modelos de atenção primária à saúde foram trabalhados durante sua graduação. Patos/PB, 2012	66

LISTA DE ABREVIATURAS

AMA - Associação Médica Americana
APS - Atenção Primária à Saúde
CFMV - Conselho Federal de Medicina Veterinária
CES - Conselho de Ensino Superior
CNE - Conselho Nacional de Ensino
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CNSPV - Comissão Nacional de Saúde Pública Veterinária
CSTR - Centro de Saúde e Tecnologia Rural
DAB - Departamento de Atenção Básica
DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais
DGA - Distrito Geo-Administrativo
ESF- Estratégia Saúde da Família
GM - Gabinete do Ministério
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LNC - Lista de Notificação Compulsória (doenças)
LOS - Lei Orgânica de Saúde
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
OMS - Organização Mundial de Saúde
PAB - Piso de Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa Saúde da Família
RSI - Regulamento Sanitário Internacional
SAS - Secretaria de Atenção Básica
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde
SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica
SINAN - Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação
SUDS - Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCG - Termo de Compromisso de Gestão
UFCG - Universidade Federal de Campina Grande
USF - Unidade Saúde da Família
WHO - World Health Organization

INSERÇÃO DO MÉDICO VETERINÁRIO NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDOS, PERSPECTIVAS E PROPOSTAS

RESUMO - No Brasil, desde o ano de 1998, a Medicina Veterinária é reconhecida como profissão da área de Saúde. Em 2011, mais uma conquista para a classe e mais um passo para confirmar a sua atuação na saúde pública foi a inclusão do médico veterinário na lista de profissionais que podem compor o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). De fato, esse profissional tem um de seus focos voltado às doenças e aos agravos de importância evidenciada pelas interfaces com a saúde da família, no entendimento dos contextos coletivo e ambiental como fatores de risco para a ocorrência/incidência de doenças. Entende-se que, para atuar no NASF, é essencial que o médico veterinário compreenda a Estratégia Saúde da Família (ESF) e tenha um sólido conhecimento sobre o SUS, sua gênese, e a estruturação da Atenção Primária à Saúde. Assim, esta pesquisa propôs realizar um resgate histórico com uma descrição detalhada sobre os elementos normativos e demais aspectos que subsidiam os sistemas de saúde pública no país. Por outro lado, foram avaliados os saberes de graduandos e profissionais de Medicina Veterinária e de outros profissionais que atuam na área da saúde, quanto ao modelo de atenção primária vigente. Os resultados demonstraram o pouco conhecimento dos estudantes e médicos veterinários no campo das Políticas Públicas de Saúde, especialmente com relação ao seu papel na atenção básica. Isso permite afirmar que existe uma lacuna na preparação desse profissional para desenvolver competências e para integrar as equipes multiprofissionais no contexto do NASF. Também ficou evidente o desconhecimento dos membros das equipes da ESF quanto à inserção do médico veterinário no NASF e suas competências. O fato confirma a necessidade de um trabalho de conscientização junto às autoridades políticas e de saúde, e à própria população, para promover a inserção do médico veterinário no NASF, reafirmando o seu importante papel na Saúde Pública, especialmente no espaço da atenção primária compartilhado por profissionais de distintas formações. Finalmente, são apresentadas aqui sugestões para ações de curto, médio e longo prazo a serem desempenhadas pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária e pelas Instituições de Ensino Superior, e propostas para definição de competências do médico veterinário no NASF.

Palavras-chave: atenção básica, estratégia saúde da família, políticas públicas de saúde, medicina veterinária, NASF

THE INSERTION OF THE VETERINARIAN IN THE FAMILY HEALTH NUCLEUS SUPPORTING CENTER: STUDIES, PERSPECTIVES AND PROPOSITIONS

ABSTRACT - In Brazil, since 1998, Veterinary Medicine has been acknowledged as a profession related to the public health area. In 2011, another achievement for this professional class and another step to re-assure its role in the public health was the inclusion of the veterinarian in the list of professionals enabled to participate in the Family Health Nucleus Supporting Center (Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF). Indeed, this professional focuses the diseases and the injuries whose importance are evident when having relations with family health and understanding the collective and environmental context as risk factors to the occurrence/incidence of diseases. To work at NASF, it is essential that the veterinarian understand the Family Health Strategy (Estratégia Saúde da Família - ESF) and have solid knowledge about SUS, its genesis, and primary health care structure. For the present work, a historical study was conducted to describe the legal framework and other aspects that support public health systems in Brazil. Furthermore, it was assessed the knowledge of Veterinary Medicine students, veterinarian and others public health professionals regarding primary health care. Results indicated that both groups had little knowledge in the field of public health policies, especially in relation to their role into primary health care. Also, it could be inferred that there is a gap in the formation of veterinarians as to competencies development to work within multi-professionals groups in NASF context. As to ESF members, it was clear that they lacked knowledge about the insertion of veterinarians and their competencies in NASF. The results confirmed the need of an awareness work among politics, health authorities and the population in general to promote the insertion of veterinarians in NASF, helping to assure their important role in the public health sector, especially in the primary health care. Finally, suggestions to be performed in short, mid and long terms by the Federal Council of Veterinarian Medicine and by the Higher Education Institutions were proposed. Suggestions were also made to establish the competencies by veterinarians in NASF.

Key-words: family health strategy, public health policy, primary health care, veterinary medicine, NASF

CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES GERAIS

1. INTRODUÇÃO

A saúde tem sido motivo de preocupação dos gestores em geral, uma vez que as estratégias de prevenção e controle de doenças e agravos requerem esforços combinados dos órgãos públicos, envolvidos tanto com a saúde humana quanto com a saúde animal e a saúde ambiental. Nesse contexto, as contribuições da Medicina Veterinária para a saúde humana são significativas, face ao seu relacionamento com a saúde pública e por tratar de questões de relevância social, na atualidade e para o futuro.

Assim, a discussão sobre o papel do médico veterinário vem sendo pauta para debates, como consequência da necessidade de reconhecimento sobre a atuação desse profissional na área de saúde pública. Deve-se ressaltar que, entre as prioridades do Pacto pela Vida estabelecido para o Sistema Único de Saúde (SUS), estão o controle das doenças emergentes, das endemias como a dengue, a tuberculose, a malária, a influenza e a hanseníase, as doenças de veiculação hídrica e alimentar, e também a prevenção e controle de tantas outras zoonoses, o que demanda a responsabilidade e a ação de um médico veterinário.

Desde 1998, pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 287/98, a Medicina Veterinária é reconhecida no Brasil como profissão da área de Saúde. Recentemente, mais uma conquista para a classe e mais um passo para confirmar a sua atuação na saúde pública foi a inclusão do médico veterinário na lista de profissionais que podem compor o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), conforme Portaria do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro (MS/GM) nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. De fato, esse profissional tem um de seus focos voltado às doenças e agravos de importância evidenciada pelas interfaces com a saúde da família, no entendimento dos contextos coletivo e ambiental como fatores de risco para a ocorrência/incidência de doenças.

As diretrizes curriculares nacionais para o Curso de Medicina Veterinária preveem disciplinas e conteúdos que devem garantir a competência para a atuação do médico veterinário na saúde pública. Porém, faltam estudos para estabelecer em

que nível as determinações são atendidas pelas diversas Faculdades deste país, e se os profissionais estão sendo habilitados, de fato, para o desafio que se apresenta com a sua inserção no NASF.

Entende-se que, para atuar no NASF, o médico veterinário precisa conhecer a Estratégia Saúde da Família (ESF); e para compreender ESF, é essencial um sólido conhecimento sobre o SUS e sua gênese, e como está estruturada a Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, vislumbrou-se, com esta pesquisa, realizar um resgate histórico com uma descrição detalhada sobre a saúde pública, seus elementos normativos e demais aspectos que subsidiam os sistemas de saúde, por meio de textos oficiais necessários como norteadores do processo de encaminhamento do presente estudo, e como base informativa aos graduandos e graduados em Medicina Veterinária. Por outro lado, seria necessário avaliar o conhecimento de graduandos e de profissionais que atuam na área da saúde, quanto aos aspectos acima citados.

Sob essa perspectiva, o que vem à tona é o debate revelador de uma das propriedades discursivas da contemporaneidade, que é o papel do médico veterinário no NASF, que destaque a importância da atuação desse profissional na saúde pública, de forma sistemática e pragmática, dentro dos princípios de um projeto mais amplo de atuação profissional.

1.1 Objetivos

1.1.1 Geral: realizar estudo teórico e histórico sobre as bases da Saúde Pública e a inserção do médico veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, na expectativa de avaliar perspectivas e fornecer subsídios para definir as ações desse profissional na equipe do NASF.

1.1.2 Específicos:

- Avaliar o conhecimento de graduandos, médicos veterinários e membros de equipes de Estratégia Saúde da Família sobre elementos da relação entre a Medicina Veterinária e Atenção Primária à Saúde.

- Avaliar o conhecimento de estudantes e de profissionais da Medicina Veterinária sobre o ensino de temas relacionados à construção do SUS e aos modelos de Atenção Primária à Saúde, durante o Curso de graduação.

- Elaborar proposta de ações para o médico veterinário no NASF

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Construção histórica do Sistema de Saúde no Brasil

A saúde da população tem variado historicamente, de acordo com a visão teórica do que sejam saúde e doença e seus significados nos contextos individuais e coletivos (BERTOLLI FILHO, 2006; GIOVANELLA, et al., 2009).

A luta por um sistema de saúde eficaz no Brasil originou-se nos anos 70, com o movimento pela reforma sanitária, partindo-se do princípio de que a defesa de saúde é a defesa da própria vida. Inicialmente, esse movimento foi promovido por uma parcela de intelectuais do campo acadêmico e profissionais da área de saúde, o que fortaleceu o princípio de participação da comunidade na deliberação das políticas públicas do setor (CONASS, 2007).

A reforma sanitária brasileira insistia que era preciso reformular o sistema de saúde para torná-lo mais eficaz e disponível a toda a população (MENDES, 1999). É importante ressaltar que o desenvolvimento das políticas de saúde e o conhecimento do processo histórico de confirmação do sistema de saúde são elementos de grande valia para a compreensão das bases do atual SUS (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

As fases de evolução histórica da organização sanitária foram destacadas por vários autores, que fazem referência ao Sistema Único de Saúde (SUS) como o maior projeto de inclusão social da área de saúde (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). Mas, conforme Paim (2010), é preciso saber o que existia antes do SUS para poder avaliá-lo, valorizá-lo e aperfeiçoá-lo. É necessário conhecer um pouco da história da organização sanitária no Brasil para compreender por que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro.

A gênese da política de saúde no Brasil fica caracterizada com a criação da Santa Casa de Misericórdia de São Vicente, em 1532 (WILKEN, 2005); a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) sob direção de Dr. Oswaldo Cruz, em 1904; as Campanhas Sanitárias (REZENDE; HELLER, 2002); a Liga Pró-saneamento, em 1918; o Serviço de Profilaxia Rural, em 1919 (HOCHMAN, 1998); a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública - DNSP (REZENDE; HELLER,

2002) e, ainda, das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) pela Lei Elói Chaves, em 1923 (BRAGA; PAULA, 1986).

Ao longo dessa evolução histórica, discutiram-se estratégias e mecanismos de implementação dos seguintes programas: Programa Nacional de Saúde Materna e Infantil, Campanha contra Meningite, Programa Nacional de Imunização, Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE), Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), Programa de Controle de Grandes Endemias, Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais e o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (Lei nº. 6.259/75) e a Lei nº. 6.360/76, que cria o “Regime de Vigilância Sanitária” e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Assistência Social (INAMPS), em 1977 (CONASS, 2009; PAIM, 2003).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, no período da Nova República, marca o momento em que as mudanças ganham contornos claros, ao ampliar o espectro de atores envolvidos e explicitar, em seu relatório, as diretrizes para a reorganização do sistema, que propunham a saúde como um direito e a reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor (BRASIL, 1987; CONASS, 2009). Assim, em julho de 1987, foi aprovado o decreto que criou o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), a partir de uma proposta originária da presidência do INAMPS, com o fim de descentralizar os serviços de saúde (CORDEIRO, 1991).

Como propostas do SUDS, incluíam-se a transferência dos serviços de saúde para o estado e os municípios, o estabelecimento de um gestor único de saúde em cada esfera de governo e a transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado. A ideia do SUDS surgiu como uma estratégia ponte, uma estratégia transitória para a chegada ao atual Sistema Único de Saúde. A saúde não era considerada um direito social, antes da implementação pela Constituição Federal (BRASIL, 2006a).

O paradigma de saúde dividia a população brasileira em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde por serem segurados pela previdência, e os que não tinham direito algum (GALLO et al., 1988).

2.2 As bases de regulamentação do SUS

Os objetivos políticos da 8ª Conferência Nacional de Saúde em relação à Assembléia Constituinte foram alcançados no texto da Constituição (BRASIL, 1988), que estabelece:

Art. 196: *A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.*

Portanto, a saúde é um bem prioritário e uma condição para que os indivíduos possam ter uma vida digna e produtiva. Esse novo conceito passou a exigir novas práticas dos serviços de saúde, o que tornou necessária uma mudança na organização e nas formas de se prestarem esses serviços (BRASIL, 2001a). Assim, a partir da Constituição de 1988, foi estabelecido o novo sistema brasileiro de saúde, o Sistema Unificado de Saúde (SUS).

Com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde (LOS) (lei 8.080, de setembro de 1990), e lei 8.142, de dezembro de 1990, foram constituídas as bases legais de organização do SUS (GOUVEIA, 2000; WILKEN, 2005; CARVALHO; SANTOS, 2006).

A Lei 8.080/90 assegura e explica os princípios doutrinários e organizativos do SUS (BRASIL, 1990a). Os princípios doutrinários expressam as ideias filosóficas que permeiam a criação e a implementação do SUS e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam o funcionamento do sistema, de modo a contemplar os seus princípios doutrinários (RONCOLLETA, 2003; ANDRADE, et al., 2007).

De acordo com Roncolleta (2003), Ohara e Saito (2008) e Zanchi e Zugno (2010), os princípios doutrinários do SUS são: a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção; os princípios organizativos são a descentralização, a regionalização e hierarquização do sistema, a participação e o controle social.

A LOS 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Entre outras providências, institui as

Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 1990b; BETIOL, 2006; CARVALHO; SANTOS, 2006).

A regulamentação do SUS constitui, portanto, uma responsabilidade dos Poderes Legislativo e Executivo, nos âmbitos nacional, estadual e municipal, e é realizada por meio de instrumentos legais e executivos (leis, decretos, resoluções, medidas provisórias, portarias e documentos oficiais). Assim, o SUS é constituído pelo conjunto de ações e de serviços de saúde sob a gestão pública regulamentada pelas Leis Orgânicas de Saúde, pelas Normas Operacionais Básicas e pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (WILKEN, 2005) e, mais recentemente, pelo Pacto pela Saúde (NORONHA et al., 2008).

O SUS está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas que atuam em todo o território nacional, com direção única em cada esfera do governo. Trata-se de uma estrutura que não atua isoladamente na promoção dos direitos básicos de cidadania, porquanto se insere no contexto das políticas públicas de seguridade social que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social (CONASS, 2007).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 foi um marco importante para o setor de saúde porque o definiu como de relevância pública. A partir dessa definição, o Estado ficou obrigado a garantir, independentemente de solicitação, as condições necessárias para atender à saúde da população (BRASIL, 2001a).

Considerando que o Brasil é composto por 5.564 municípios, a efetivação de um sistema único de saúde, cujos princípios são a universalidade, a integralidade e a equidade, traduz-se como um desafio de grande ordem, com diversidade política, socioeconômica, cultural, educacional e estrutural, e exige o estabelecimento de diretrizes que possibilitem adequação ao perfil desses municípios (MENDES, 1999; MERHY; ONOCKO, 2002).

As Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB) foram instituídas por meio de portarias ministeriais que definiram as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que os estados e os municípios pudessem assumir as novas atribuições, no processo de implantação do SUS, e se habilitar a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus próprios fundos de saúde (CONASS, 2007).

Foram publicadas, desde o início do processo da implantação do SUS, as seguintes Normas Operacionais Básicas: NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/92, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96. (BRASIL, 1991; BRASIL, 1992; BRASIL, 1993a; BRASIL, 1996a).

Com a implantação da Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/2001, as responsabilidades dos municípios foram ampliadas para garantir o acesso aos serviços da atenção básica, a regionalização e a organização funcional dos sistemas (BRASIL, 2001b). Seu objetivo é o de promover mais equidade na locação de recursos e no acesso da população às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis (CONASS, 2007). Segundo Aguiar (2011), essa Norma estabelece três princípios organizativos: a regionalização e organização da assistência; o fortalecimento da capacidade da gestão do SUS e a atualização de critérios de habilitação de estados e municípios.

Diante do desafio de efetivar o SUS e intervir na situação da baixa cobertura das ações de saúde, o Ministério da Saúde criou, em 2006, o Pacto pela Saúde, que normaliza a adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG) do SUS. Também estabelece metas e compromissos para cada esfera de governo e define três eixos norteadores: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Entre as prioridades definidas pelo Pacto pela Vida, estão o controle das doenças emergentes, das endemias (como a dengue, a tuberculose, a malária, a influenza e a hanseníase), o fortalecimento da atenção básica e a ênfase na promoção da saúde (BRASIL, 2006b).

O Pacto de Gestão tem como objetivo organizar o SUS por meio de integração e pactuação das diferentes instâncias estruturais que o compõem. Os compromissos entre os gestores do SUS e as pessoas envolvidas na ampliação e no desenvolvimento do Sistema caracterizam o Pacto em Defesa do SUS (BRASIL, 2006b).

2.3 Modelos de atenção primária e promoção da saúde

A promoção da saúde é uma proposta de política mundial, contemporânea na saúde pública e disseminada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a partir de 1984 (RABELLO, 2010). Sua gênese está na publicação do relatório de Marc

Lalonde, então Ministro de Saúde e Bem-Estar do Canadá, elaborado na década de 60, e que tratou das bases da promoção da saúde, incluindo a noção de território e de meio ambiente no entorno dos serviços de saúde (CZERESNIA, 2003; RABELLO, 2010).

O relatório de Marc Lalonde proporcionou, em diversas partes do mundo, debates sobre a determinação social da saúde e contribuiu para se configurar a base da Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, promovida pela OMS, em 1978, e realizada em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, ex-república da antiga União Soviética (ALMEIDA, 2000; OMS, 2001).

A atenção primária à saúde (APS), também denominada cuidados de saúde primários (em Portugal) e atenção básica governo do Brasil), foi definida pela Organização Mundial da Saúde, em 1978, como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (Declaração de Alma-Ata, com a meta Saúde para todos no ano 2000) (STARFIELD, 2002).

O discurso vigente no campo da promoção da saúde enuncia que, partindo de uma concepção ampla no processo saúde-doença e de seus determinantes, a saúde se configura por meio da articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2003).

Após a Conferência Internacional de Alma-Ata, a maioria dos países em desenvolvimento não conseguiu obter êxito, em decorrência do contexto mundial ter

passado por consideráveis mudanças sociais, políticas e econômicas, assim como por transformações na distribuição das doenças e nos perfis de diagnósticos e, inclusive, nas próprias concepções e ações relativas à Atenção Primária em Saúde (APS) (OPAS-OMS, 2003).

Giovanella et al. (2009) asseveram que as políticas de saúde visam atender aos princípios declarados para a atenção primária e reestruturar o sistema de saúde, com a finalidade de garantir acesso, atender às doenças prevalentes e melhorar os indicadores de saúde da população. Portanto, é preciso avaliar a situação de saúde para que seja possível caracterizar, medir e explicar o perfil dos problemas de saúde *versus* doença na população; conhecer as respostas sociais organizadas frente a eles; identificar necessidades, prioridades e políticas em saúde; avaliar os impactos das intervenções; formular estratégias de promoção à saúde, prevenção e controle de doenças, avaliar sua implementação e construir cenários prospectivos de saúde (BRASIL, 2003a).

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 definiu a estratégia prioritária a ser adotada pelo Ministério da Saúde na atenção primária como *o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção de sistema de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação* (BRASIL, 1990a).

Atenção Básica é uma denominação que vem sendo adotada no país, especialmente no âmbito do SUS, com base na NOB-SUS 01/96 (BRASIL, 1996^a; GIL, 2006). Trata-se de um processo histórico que foi se fortalecendo para constituir a porta de entrada preferencial do SUS. Portanto, é o ponto de partida para se estruturarem os sistemas locais de saúde, que abrangem sua promoção e proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção (BRASIL, 2006c). É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, orientados pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2006c).

2.3.1 Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS

Em 1991, o Ministério da Saúde apresentou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como um programa especial articulado à Fundação Nacional de Saúde, com a finalidade de contribuir para o enfrentamento dos elevados indicadores de morbimortalidade infantil e materna, na Região Nordeste, estendido para a Região Norte do Brasil, onde a epidemia da cólera demandou a ação emergencial dos agentes comunitários no controle e na prevenção da doença (BRASIL, 1993b; BRASIL, 1994a). O programa teve suas origens inspiradas no corpo doutrinário da APS, tal como preconizado no relatório final da Declaração de Alma-Ata (BRASIL, 2006c).

No Brasil, a extensão de cobertura desenvolvida com os agentes de saúde, como o Projeto de Montes Claros/MG, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), o Projeto DEVALE (experiência do Vale do Ribeira/SP), o Programa de Agentes de Saúde do Ceará (implantado pelo Governo Estadual no período de 1987 a 1990), geraram os fundamentos para a formulação do PACS (SILVA et al., 1986; UNICEF, 1990; TEIXEIRA, 1995), cujo objetivo primeiro era melhorar a capacidade da população de cuidar da sua saúde, por meio de informações e conhecimentos transferidos pelos agentes comunitários de saúde, e contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 1993b).

A partir de 1993, esse programa teve seu objetivo ampliado nos seguintes termos: incorporar ao SUS os agentes comunitários de saúde, profissionalizados em auxiliares de enfermagem, para desenvolver ações básicas de saúde; identificar os fatores determinantes do processo saúde-doença; desencadear ações de promoção de saúde e de prevenção da doença; funcionar como elo entre a população e os serviços de saúde, contribuindo, assim, com a comunidade, no processo de aprender e ensinar a cuidar da sua própria saúde (BRASIL, 1994b).

2.3.2 Programa Saúde da Família

Segundo Martini (2000), a organização dos serviços de saúde, no Brasil, mesmo depois da promulgação da Constituição de 1988, apresenta um perfil

centralizado, com predomínio dos serviços privados, distante das reais necessidades de saúde da população brasileira e profundamente discriminatório e injusto. Esse modelo de organização dos serviços de saúde, aliado a uma tentativa de dar mais atenção à prevenção do que à cura, fez com o que o Ministério da Saúde apresentasse, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF).

A Saúde da Família insere-se como um dos projetos de reforma de saúde que compõem uma das ideologias sanitárias elaboradas na metade do Século XX. O movimento estruturou-se em 1966, nos Estados Unidos da América, com alguns comitês formados pela Associação Médica Americana (AMA), visando formular uma política que financiasse a formação de médicos de família em cursos de pós-graduação (FONTINELE JÚNIOR, 2003). Com o desenvolvimento das ideologias sanitárias enunciadas pela AMA, o serviço na política da saúde da família se expandiu nas décadas de 70, no México, de 80, em Cuba, e de 90, no Brasil (PAIM, 1986; FONTINELE JÚNIOR, 2003).

De acordo com a proposta do Ministério da Saúde, o PSF é um modelo de assistência à saúde que desenvolve ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, por meio de equipes de saúde que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária (BRASIL, 1994c).

A Saúde da Família destacou-se como uma estratégica para a reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, e representa uma concepção da saúde centrada na promoção da qualidade de vida (BRASIL, 1997). Sua expansão ganhou novo impulso a partir de 1996, com a operacionalização da NOB-SUS 96 (BRASIL, 2000). Seu principal propósito foi reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (FONTINELE JÚNIOR, 2003; RONCOLLETA, 2003).

A Unidade Saúde da Família (USF) é um novo ou um antigo Posto ou Centro de Saúde reestruturado, que trabalha com uma nova lógica, porquanto atribui mais capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população de sua área adscrita. Deve constituir o primeiro contato do usuário com o Sistema de Saúde, portanto, é a porta de entrada do sistema (BRASIL, 2000). É importante

registrar que essa unidade não pode ser apenas um local de triagem e encaminhamento, deve ser resolutiva, com profissionais capazes de assistir os problemas de saúde e de manejar novos saberes que, por meio de processos educativos, promovam a saúde e previnam doenças em geral (BRASIL, 2000; COSTA; CABONE, 2009).

Incorporando e reafirmando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde - universalização, integralidade, equidade e participação social – o trabalho na estratégia Saúde da Família é desenvolvido com base nos seguintes princípios norteadores (BRASIL, 2008a):

1. **Caráter substitutivo** - a ESF não propõe a criação de novas estruturas, exceto em áreas desprovidas de qualquer tipo de serviço. Implantá-la significa substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a prevenção, com a promoção da qualidade de vida da população e com resolubilidade da assistência.
2. **Integralidade e intersectorialidade** - A Unidade de Saúde da Família (USF) está inserida no âmbito da atenção básica. A organização de suas práticas ancora-se nos princípios da Atenção Primária defendida em Alma-Ata, em 1978, e na Carta de Ottawa de 1986, que definem as ações de promoção da saúde, configurando-se como o primeiro contato da população com o sistema de saúde do município. Espera-se que o resultado do trabalho da equipe, com seus saberes e práticas, possa identificar e responder às necessidades de saúde, captadas em sua expressão individual. Nesse sentido, as unidades devem estar vinculadas às redes de serviços e que sejam asseguradas a referência e a contrarreferência para os demais níveis de complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim o exigir. Isso compreende a integralidade, em seu sentido mais amplo, para além da garantia de assistência de outros níveis de atenção.
3. **Territorialização** - O trabalho organiza-se localmente, com base nas informações epidemiológicas e sociais da população, disponíveis no município. A equipe implantada nessa lógica trabalha com a definição da área de abrangência e população adscrita (que pode variar entre 2.400 e 4.500 pessoas), realizando o cadastramento das famílias, o acompanhamento das situações de saúde, da exposição a agravos e das condições ambientais por meio de ações programáticas. No espaço de atuação das equipes, a definição de microárea para o acompanhamento das condições de vida e de saúde

das famílias permite que se identifiquem as eventuais desigualdades existentes no seu espaço de atuação. Assim, estará oferecendo uma atenção diferenciada aos grupos de famílias mais vulneráveis. **4. Equipe multiprofissional** - As equipes da Saúde da Família trabalham com um número fixo de famílias. Recomenda-se que cada equipe assista de 600 a 1000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. Estão minimamente compostas por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Cada ACS da equipe atende a uma área que tenha, aproximadamente, 20 a 250 famílias. A partir de dezembro de 2000, foi criado o incentivo financeiro para a inserção de uma equipe de Saúde Bucal para cada duas equipes de Saúde da Família. A portaria n° 673/GM/MS, de junho de 2003, prevê a incorporação de uma equipe de Saúde Bucal para cada equipe de Saúde da Família, composta de um dentista e um auxiliar de consultório dentário (ACD) ou, ainda, um técnico de higiene dental. **5. Responsabilização e vínculo** - As equipes assumem a responsabilidade de contribuir para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das famílias na sua área de abrangência. Não devem medir esforços para dar uma atenção humanizada, valorizando a dimensão subjetiva e social nas suas práticas, o que favorece a construção de redes cooperativas e a autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. **6. Estímulo à participação da comunidade e controle social** - A gestão local deve favorecer e estimular a criação e a utilização de canais de participação social para o planejamento e o controle das ações previstas na estratégia. A equipe deve ser indutora na promoção da participação das organizações sociais e seus membros no planejamento, na gestão e na avaliação da saúde local e desenvolver projetos conjuntos para melhorar a qualidade de vida da população.

2.3.3 Diretrizes para o trabalho das equipes de Saúde da Família

Para que as ações sejam efetivas, deve-se conhecer o diagnóstico de saúde, elaborar o planejamento, o acompanhamento das ações, monitorar e avaliar as situações de risco e de doenças. De acordo com Gil (2005), Brasil (2008a) e Costa e Cabone (2009), as principais diretrizes para o trabalho consistem em: 1. Conhecer a realidade das famílias na sua área de atuação, no que se refere aos aspectos socioeconômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos, para identificar os

problemas de saúde mais comuns e os riscos de exposição da população. 2. Realizar o cadastramento da população adscrita. 3. Elaborar plano de saúde local baseado no diagnóstico de saúde da população, programar atividades e reestruturar o processo de trabalho com a participação da comunidade. 4. Executar vigilância em saúde, atuando no controle de doenças transmissíveis, como a tuberculose, a hanseníase, as DSTs e a AIDS, além de outras doenças infecto-contagiosas em geral, doenças crônicas não transmissíveis e doenças relacionadas com o trabalho e o ambiente. 5. Prestar assistência resolutiva, em sintonia com a demanda e com os principais problemas de saúde detectados na população, buscando articular os demais níveis de atenção para garantir integralidade no cuidado. 6. Organizar os serviços e desenvolver as ações com ênfase na promoção da saúde e no núcleo familiar, valorizando a relação com o usuário. 7. Desenvolver processos educativos com a população, por meio de grupos comunitários, enfocando aspectos de melhorias de saúde e qualidade de vida. 8. Promover ações intersetoriais e com organizações comunitárias formais e informais para atuarem conjuntamente na solução de problemas de saúde, trazendo para o debate o tema da cidadania, do direito à saúde e suas bases legais. 9. Incentivar a participação ativa dos Conselhos Locais e Municipal de Saúde, para fortalecer o controle social.

2.3.4 Diagnóstico situacional da Estratégia Saúde da Família no Brasil

Desde sua implantação em 1994, o PSF, regido pelos princípios e pelas diretrizes preconizados pelo SUS, é responsável pela melhoria da qualidade de vida de milhões de pessoas em todo o país, o que o torna mais eficiente, equânime e mais próximo da realidade de cada usuário, de cada comunidade, respeitando suas especificidades sociorregionais. A expansão deste programa gerou impacto no alcance da Saúde Pública e assegurou à população equidade no acesso aos seus serviços. Esse programa é, sem dúvida, um modelo de atenção à saúde eficaz, eficiente e adequado para o fortalecimento da atenção básica no país (BRASIL, 2008b).

Em dezembro de 1994, 328 equipes de saúde da família e 29 mil agentes comunitários de saúde atuavam no Brasil (BRASIL, 2008b). Com a implantação do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), a partir de 1998, os dados

referentes aos números de equipes de Saúde da Família passaram a ser registrados oficialmente (AGUIAR, 2011).

O SIAB tem dados de alimentação obrigatória, que correspondem aos dados cadastrais das equipes de saúde da família e das famílias acompanhadas. A não alimentação do Sistema de Informação, por um período de dois meses consecutivos ou de três meses alternados, implicará suspensão do cadastramento do programa, o que significa suspender os recebimentos referentes ao Piso de Atenção Básica - PAB (fixo e variável) (BRASIL, 2001c).

Nos últimos anos, no Brasil, o SUS vem mostrando significativos avanços desde sua criação pela Constituição de 1988 (BRASIL, 2009). A ampliação do número de equipes de saúde da família, com cobertura crescente da população brasileira e melhoria na assistência e de seus mecanismos gestores, é o reflexo desses avanços (ARCANJO; SILVA, 2007).

Frente à expansão do PSF, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, estabelecendo que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para reorganizar a Atenção Básica. Atualmente, reconhece-se que não é mais um programa e sim uma Estratégia qualificada e resolutiva para uma Atenção Primária à Saúde, de caráter permanente. Passou a ser denominada Estratégia Saúde da Família (ESF).

No ano de 2011 o Brasil já tinha mais de 94% dos seus municípios com uma ou mais equipes de ESF, perfazendo mais de 88 milhões o número de pessoas assistidas pelo Programa. A Figura 1 retrata a evolução da implantação das equipes da ESF no Brasil.

2.3.5 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

A construção do SUS avançou de forma substantiva e, a cada dia, fortalece as evidências da Atenção Primária à Saúde nesse processo. No entanto, a ESF, apesar dos grandes avanços e das conquistas dos últimos anos, ainda enfrenta muitos desafios para se tornar hegemônica como uma proposta capaz de mudar o sistema de saúde e fazer frente ao modelo fragmentado existente (CONASS, 2011).

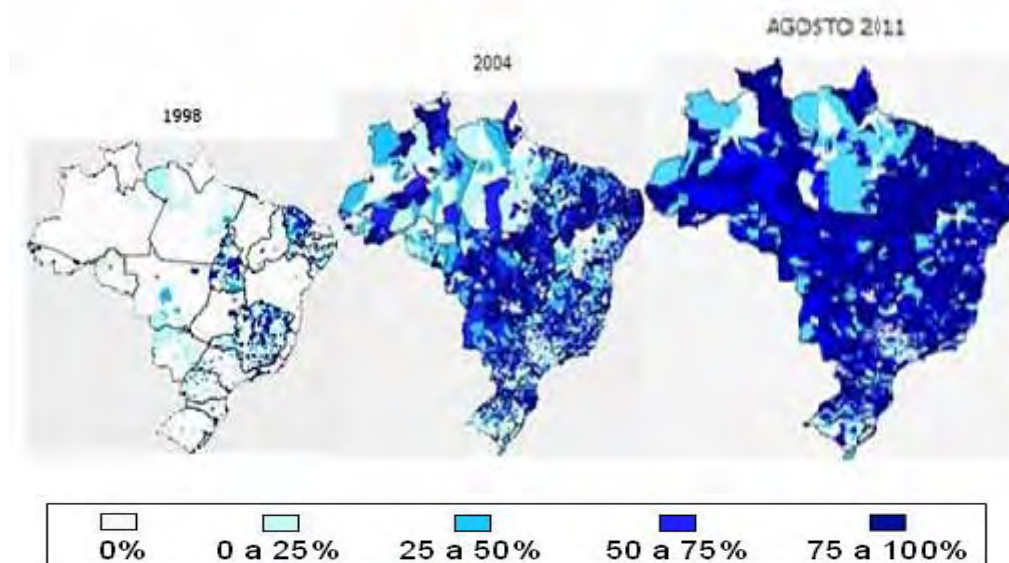


Figura 1. Evolução da implantação das equipes de Estratégia Saúde da Família no Brasil, de 1998 a 2011.

Fonte: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#historico>

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde, pela Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), visando apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, e aumentar a resolubilidade reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde. Essa portaria abrange as ações das diversas políticas nacionais, como: de Atenção Básica; de Promoção à Saúde; de Integração da Pessoa com Deficiência; de Alimentação e Nutrição; de Saúde da Criança e do Adolescente; de Atenção Integral à Saúde da Mulher; de Práticas Integrativas e Complementares; de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização e Saúde, da Política Nacional de Assistência Social e da Saúde do Homem (BRASIL, 2008c).

Como estratégia inovadora, o NASF tem por objetivo apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Além do conhecimento técnico, incluem-se, em seus requisitos, a responsabilidade por determinado número de equipes e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma Saúde da Família. Nesse contexto, o NASF não constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas de apoio às equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2008c).

O NASF deve ser constituído por equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento: médico acupunturista, assistente social, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional e médico veterinário (Portaria n. 2488/2011 do Ministério da Saúde), que deverão compartilhar as práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade das equipes de ESF em que o NASF estiver cadastrado.

Estão ancorados nos termos da Portaria nº 154 duas modalidades de NASF: NASF1, vinculado, no mínimo, a oito a 20 equipes de ESF, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco equipes, devendo ter, pelo menos, cinco profissionais com formação universitária definida na portaria citada; e NASF2, vinculado, no mínimo, a três equipes ESF, e cada uma composto por, pelo menos, três profissionais com formação universitária definida na referida portaria.

2.3.5.1 Matriciamento

O matriciamento é uma concepção adotada na operacionalização do NASF, cujo objetivo é de garantir que as equipes estabeleçam relações ou se responsabilizem pelas ações desencadeadas, para garantir a integralidade em todo o sistema de saúde. Trata-se de arranjos organizacionais, por meio dos quais é possível diminuir a fragmentação dos processos de trabalho decorrente da especialização crescente das áreas do cuidado, proporcionando a construção de momentos relacionais em que se estabelece a troca de saberes entre os profissionais de diferentes áreas (BRASIL, 2009).

O apoio matricial apresenta duas dimensões de suporte: o assistencial e o técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir uma ação clínica direta com os usuários, e a técnico-pedagógica volta-se para uma ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar com os diversos momentos.

O processo de implementação do NASF implica a necessidade de se estabelecerem espaços rotineiros de discussões e de planejamento em equipe (NASF) e entre equipes (NASF e ESF), com reuniões para definir objetivos, critérios

de prioridades, critérios de avaliação dos trabalhos, resoluções de conflitos, discussões de casos/situações, entre outros (BRASIL, 2009).

2.3.5.2 Atribuições dos membros da equipe do NASF

À equipe do NASF cabe identificar, em conjunto com as equipes de ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas, e também o público prioritário a cada uma das ações. O NASF irá atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas equipes de ESF e de Internação Domiciliar, quando elas existirem, acompanhando e atendendo os casos de acordo com critérios previamente estabelecidos. Também cabe à equipe do NASF promover o acolhimento dos usuários e humanizar a atenção, desenvolver coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais, como educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outros. O NASF visa promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos locais e/ou Municipais de Saúde; elaborar estratégias de comunicação para divulgar e sensibilizar as atividades do NASF, por meio de cartazes jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação; avaliar, em conjunto com as equipes de ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação da saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos. Outrossim, cabe ao Núcleo elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF; elaborar projetos terapêuticos, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas equipes de ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, por meio de ações multiprofissionais e transdisciplinares, que visam o desenvolvimento da responsabilidade compartilhada (BRASIL, 2009).

2.3.5.3 Procedimentos para implantação do NASF

Estão aptos a implantar o NASF os municípios que disponham de ESF em seu território. A qualificação e a implantação estão descritas na Portaria n. 154/2008.

Passo 1- o município deverá apresentar um projeto que contenha as seguintes informações: área geográfica a ser coberta, com estimativa da população residente; dados levantados em diagnóstico elaborado pelo município que justifiquem a implantação do NASF; definição dos profissionais que irão compor as equipes; descrição das Unidades de Saúde onde será implantado; proposta de fluxo dos usuários para a garantia de referência aos serviços prestados pelo NASF; definição do processo de avaliação do trabalho das equipes e da forma de acompanhamento do Pacto da Atenção Básica e a utilização dos sistemas nacionais de informação; descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais do NASF. **Passo 2-** o município submete o projeto para a aprovação do Conselho Municipal de Saúde. **Passo 3-** a Secretaria Municipal de Saúde envia as informações para análise da Secretaria Estadual de Saúde. **Passo 4-** a Secretaria Estadual de Saúde submete o pleito do município à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB. **Passo 5-** a CIB envia a planilha para o Ministério da Saúde. **Passo 6-** o Ministério da Saúde publica a qualificação do município no Diário Oficial da União. **Passo 7-** após a publicação da qualificação da equipe do NASF, o município cadastra os profissionais que irão fazer parte dele no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

2.3.5.4 Diagnóstico situacional do NASF no Brasil

A evolução da implantação do NASF representa um marco importante na ampliação das possibilidades de se alcançarem melhores resultados em saúde, com o enfoque na promoção da saúde e no cuidado dispensado à população, uma vez que os princípios e as diretrizes do NASF devem orientar as ações a serem desenvolvidas, com reflexos óbvios no processo de trabalho das equipes da ESF, que são: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

Face à recente implantação desse programa, Aguiar (2011) realizou uma pesquisa com dados secundários fornecidos pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e pelo Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde (SCNES) e concluiu que, desde a criação do NASF em abril de 2008 até

agosto de 2011, 975 municípios, distribuídos nas diversas regiões brasileiras, implantaram NASF; do total, 1.353 são da modalidade NASF1, e 145, NASF2.

2.4 Contribuições do médico veterinário na prática da Saúde Pública

A Medicina Veterinária é a primeira ciência do coletivo (ALMEIDA FILHO, 1989). De fato, o médico veterinário incorpora-se facilmente ao grupo de profissionais da área de saúde por estar habilitado a proteger a população contra as enfermidades coletivas. A formação recebida por esse profissional está em harmonia com o conceito de saúde pública, que considera todos os fatores que determinam a saúde coletiva sem se limitar às necessidades do indivíduo (OMS, 1957).

No entanto, no Brasil, a Medicina Veterinária era relacionada pelo Ministério da Educação apenas como área de ciências agrárias. A inclusão normativa do médico veterinário na área da saúde data de 1991 e foi efetivada na Resolução do CNS N.º 38, de 04 de fevereiro de 1993. Nessa época, era escasso o conhecimento da sociedade, das autoridades e dos profissionais de saúde sobre o papel desenvolvido pelo médico veterinário na Saúde Pública (MEDITSCH, 2006).

Com base no princípio da atuação multidisciplinar da área da saúde, a Resolução N.º 218, de 06 de março de 1997, republicada como Resolução N.º 287 de 08 de outubro de 1998 no DOU N.º 86 de 07 de maio de 1999, lista os profissionais de saúde de nível superior, confirmando a presença do médico veterinário (SOUZA, 2004).

A inclusão do médico veterinário no modelo da atenção à saúde no campo de atuação do SUS verifica-se nas execuções das ações de Vigilância em Saúde, nela compreendida: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e vigilância à saúde do trabalhador (COSTA, 2011).

Maroso (2006), ao analisar a inserção do médico veterinário no SUS, destaca que esse profissional, devido o seu conhecimento na área biomédica, nas clínicas de diferentes espécies, e por estar habituado a lidar com coletivos (populações), aliado aos conhecimentos específicos em parasitologia, microbiologia, zoonoses, epidemiologia e, principalmente, por estar sempre voltado para a prevenção dos agravos, deveria ocupar um papel mais atuante no atual modelo de saúde proposto pelo SUS.

Tal papel se torna mais importante se considerarmos, conforme ressaltado por WHO (1975), que as contribuições da medicina veterinária para a medicina humana são inúmeras, sendo a primeira e mais básica a função do sanitarista veterinário, fundamentada no contexto de suas conexões com os animais não humanos e suas doenças, e a saúde e o bem-estar humano.

A atuação do médico veterinário como promotor da saúde coletiva caracteriza pelo trabalho direcionado à população, sendo que por meio do uso dos novos conhecimentos de epidemiologia, passou a desenvolver programas de controle de zoonoses nas células de Saúde Pública, bem como a desempenhar diversas atividades nas áreas técnica e administrativa da Saúde Pública (SCHWABE, 1984).

As principais atribuições do médico veterinário na Saúde Pública foram elencadas pela World Health Organization (1975), e estão relacionadas diretamente ao diagnóstico, controle e vigilância em zoonoses; estudos comparativos da epidemiologia de enfermidades não infecciosas dos animais em relação aos seres humanos; intercâmbio de informações entre as pesquisas médicas veterinárias e a pesquisa médica humana; estudo sobre substâncias tóxicas e venenos provenientes dos animais peçonhentos; inspeção de alimentos e vigilância sanitária; estudos de problemas de saúde relacionados às indústrias de produção de alimentos de origem animal, incluindo o destino adequado de dejetos como atividade básica de saneamento; supervisão de criação de animais de experimentação e de subexistência familiar; estabelecimento de interligação e cooperação entre as organizações de Saúde Pública e Veterinária com outras unidades relacionadas a animais; consulta técnica sobre assuntos de saúde humana, relativos aos animais.

A Saúde Pública Veterinária - termo utilizado oficialmente pela primeira vez em 1946 e instituído pela OMS (ROSEN, 1994) - passou a ser considerada como a soma de todas as contribuições para o bem-estar físico, mental e social dos seres humanos mediante a compreensão e a aplicação da ciência veterinária (WHO, 2002). Nesse sentido, define-se o médico veterinário, na função de agente de saúde pública, como o profissional capaz de interferir na sociedade, com seus conhecimentos específicos e de ciências básicas biomédicas, para a prevenção de doenças, proteção da vida e promoção da saúde e bem-estar humano (MEDITSCH, 2006).

O ingresso simultâneo dos profissionais da medicina veterinária nos campos das doenças transmissíveis e nos serviços médicos preventivos, foi permitido quando se confirmou seus conhecimentos e habilidades em medicina populacional e pela importância das zoonoses, que perfazem 80% das doenças transmissíveis em humanos. Essas habilidades e esses atributos que os médicos veterinários podem levar para a saúde pública fazem parte da profissão, porquanto estão ligados à saúde humana (OPAS, 1975).

As zoonoses constituem um dos principais desafios da Medicina Veterinária e representam uma importante ameaça à saúde pública, além de gerar grande impacto socioeconômico (ÁVILA-PIRES, 2005). Donini (2007) relatou que, aproximadamente, 179 enfermidades zoonóticas são reconhecidas como de interesse no campo da saúde pública.

O número de zoonoses relacionado com cada espécie animal, e que podem infectar seres humanos - dependendo das circunstâncias favoráveis, que possam determinar os riscos de contágio direto, indireto, ou veiculados em seus produtos e subprodutos alimentares - foi descrita por Acha & Szyfres (2001), que mencionaram 13 zoonoses em peixes; 42, em bovinos; 43, em caprinos; 58, em aves; 68, em ovinos; 68, em suínos; 80, em cães; e, pelo menos 20, em gatos.

Nas duas últimas décadas, as doenças emergentes e as reemergentes têm adquirido significância global, especialmente ao se considerar que 75% das doenças emergentes em humanos são de origem animal. Entre outros aspectos, são citados problemas relacionados à *Salmonella enteritidis* das aves, as febres hemorrágicas virais de Marburg e Ebola, a ligação entre encefalite espongiforme bovina e variante Creutzfeldt-Jacob, as hantavirose, além de outros agentes zoonóticos (WHO, 2002). O aumento da população no mundo e a globalização são fatores que predisõem a emergência e reemergência de doenças. A OMS estima que, nos próximos dez anos, a população mundial será o dobro, e que mais de 50% dos habitantes irão viver em áreas urbanas. Essa notícia torna-se ainda mais expressiva quando associada às consequências do aquecimento global (VIEIRA, 2009).

As doenças de notificação compulsória são um potente instrumento da Vigilância Epidemiológica. Entende-se por notificação a comunicação da ocorrência ou de suspeita de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade

sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas e intervenção pertinentes. Por sua vez, as autoridades sanitárias, nos municípios e nos estados, informam ao Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003; BRASIL, 2010).

A Portaria nº 104 do Ministério da Saúde, de 25 de janeiro de 2011 (BRASIL, 2011) definiu a nova lista de doenças de notificação obrigatória. Das 45 doenças, agravos e outros eventos, 37,7% estão relacionados com zoonoses. Isso vem reafirmar a importância do médico veterinário nas ações de saúde pública.

2.5 Medicina Veterinária: a ciência do coletivo rumo ao NASF

A não inclusão inicial do médico veterinário no NASF, pela Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, foi uma falta que motivou os membros do Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV) e da Comissão Nacional de Saúde Pública Veterinária (CNSPV) a se engajarem na caminhada pela legitimidade da inserção desse profissional no NASF. Foram muitas reuniões, seminários, simpósios e congressos que tratavam de temas voltados para a atuação do médico veterinário na atenção primária à saúde, além da articulação política do CFMV e da CNSPV. O fato de 75% das doenças emergentes e reemergentes serem de origem animal; a capacidade do médico veterinário desenvolver ações de estratégia multidisciplinar no que diz respeito à promoção da saúde, prevenção e controle de doenças e agravos; suas especialidades no que diz respeito ao manejo técnico das questões ambientais e circulação de agentes e patógenos no território e domicílios, foram argumentos fortes utilizados durante o pleito junto ao Ministério da Saúde (CNSPV, 2009).

Após muita expectativa, foi incluída a Medicina Veterinária no NASF por meio da Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica para o SUS. Em 23 de março de 2012 o Portal do Conselho Federal de Medicina Veterinária divulgou sobre a primeira equipe do NASF integrada por um médico veterinário no Município de Esteio, região metropolitana de Porto Alegre/RS.

2.5.1 Atribuições do médico veterinário no NASF

As atribuições do médico veterinário no NASF ainda estão sendo elaboradas, haja vista ser esta uma nova área de atuação profissional. Nesse processo, algumas contribuições e proposições da CNSPV/CFMV em consonância com o DAB/SAS/MS, estão descritas a seguir.

O NASF organizará o seu processo de trabalho com foco nos territórios sob sua responsabilidade, conjuntamente com as equipes da ESF que a ele se vinculam de forma a priorizar: a) ações clínicas compartilhadas para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para os profissionais envolvidos, com ênfase no estudo e na discussão de casos e situações, espaços de reuniões, consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone, e-mail, etc.; b) intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, por meio de discussão e negociação, inicialmente com os profissionais da ESF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF só seja feito em situações em que a equipe da ESF não tiver condições de resolubilidade; c) ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as equipes das ESF; como exemplo, o desenvolvimento do projeto de saúde no território, com foco nas questões de vulnerabilidade dos indivíduos a riscos envolvendo animais e aos demais riscos ambientais nos territórios; planejamento, apoio aos grupos, trabalhos educativos de inclusão social, enfrentamento da violência, ações com os equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais, com o intuito de fortalecer as Redes de Atenção e Cuidados do SUS (CFMV, 2011).

Outras ações:

- Cuidados nos territórios da Atenção Básica

Visitas domiciliares para diagnosticar riscos que envolvam animais e o ambiente; prevenção, controle e diagnóstico situacional de riscos de doenças transmissíveis por animais vertebrados e/ou invertebrados (raiva, leptospirose, brucelose, tuberculose, leishmanioses, dengue, febre amarela, etc.) e outros fatores determinantes do processo de saúde e doença; prevenção e controle de doenças

transmissíveis pelos seres humanos aos animais, como o complexo teniose/cisticercose; educação em saúde, com foco na promoção, na prevenção e no controle de doenças de caráter antropozoonótico e demais riscos ambientais, incluindo desastres naturais e aqueles provocados pelo ser humano; desenvolvimento de ações educativas e mobilização da comunidade contínuas, relativas ao controle das doenças/agravos na área de abrangência, no uso e manejo adequado do território, com vistas à relação saúde/ambiente (desmatamentos, uso inadequado de pesticidas, uso indiscriminado de medicamentos veterinários); estudos e pesquisas em saúde pública, que favoreçam a territorialidade e a qualificação da atenção; cuidado com os resíduos sólidos; ações de educação em saúde nas escolas, divulgação nos meios de comunicação e sensibilização às comunidades e às sociedades organizada e não organizada; prevenção e controle de doenças transmissíveis por alimentos; respostas às emergências de saúde pública e eventos de potencial risco sanitário nacional, de forma articulada com os setores responsáveis; identificação e orientações sobre os riscos de contaminação por substâncias tóxicas (agrotóxicos e inseticidas) (CFMV, 2011).

- Apoio às equipes de saúde

O médico veterinário poderá atuar na discussão sobre casos específicos: prevenção e controle de doenças transmissíveis por alimentos, animais e alterações ambientais provocadas pelo ser humano e por desastres naturais; visitas domiciliares relacionadas às casuísticas que envolvam intersecções entre saúde animal e saúde humana; orientações de caráter preventivo e auxílio em casos de acidente com animais peçonhentos; identificação de emergências epidemiológicas, de modo contínuo e sistemático, principalmente aquelas de potencial zoonótico e de importância para a saúde pública; participação em conjunto com todos os componentes da equipe no planejamento, no monitoramento e na avaliação das ações desenvolvidas pelo programa.

- Campo comum de atuação entre o Setor de Zoonoses e o médico veterinário do NASF: identificação e controle de vetores e pragas do território e dos domicílios; identificação e controle de animais sinantrópicos; identificação e controle de animais peçonhentos (ofidismo) (CFMV, 2011).

2.6 O ensino de Saúde Pública no Curso de Medicina Veterinária

A educação médico-veterinária tem sido, há muitas décadas, alvo de atenção nos países desenvolvidos. O poder público e as entidades de classe compartilharam ações, ao longo do tempo, que resultaram em benefícios para os altos padrões que o ensino da Medicina Veterinária adquiriu nesses países. Iniciativas dessa natureza são, no entanto, desconhecidas nos países de terceiro mundo, principalmente nos da América Latina. No Brasil a situação não é muito diferente (RUBINICH, 1996).

O ensino da Medicina Veterinária no Brasil enfrenta, ainda, a realidade da proliferação do número de cursos, fenômeno que acontece em praticamente todas as áreas do ensino superior, em razão da política de aumento do número de vagas, implantada pelo governo nos últimos anos e executada pelo Ministério da Educação. Existem mais de 150 Cursos de Medicina Veterinária em funcionamento no país, sendo que cerca de 70% deles se localizam nas regiões sul e sudeste. Nas regiões centro-sul são oferecidas o maior número de vagas nos processos seletivos das instituições de ensino superior. Embora a população que viva nestas regiões seja mais numerosa, a relação curso/habitante encontra-se abaixo da média nacional, já a região centro-oeste apresenta a menor relação curso/habitantes no país (OLIVEIRA FILHO et al., 2009).

A consciência da crise no ensino superior, na área das Ciências Agrárias, e especificamente no ensino de Medicina Veterinária, tem marcado significativamente a qualidade dos profissionais que estão saindo das universidades (PEREIRA et al., 2000). A Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional, Lei 9.394/96, estabelece que, na educação superior, as universidades devem observar as diretrizes gerais para fixar os currículos de seus cursos e programas (BRASIL, 1996b). Esses parâmetros curriculares servem como referencial para todos os cursos, permitindo que cada entidade trabalhe os conteúdos ou áreas de atuação de maneira diferenciada (PFUETZENREITER; ZYLBERSZTAJN, 2002).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de graduação em Medicina Veterinária, Resolução CNE/CES nº 1, de 18 de fevereiro de 2003 (BRASIL, 2003b), a serem observadas na organização curricular pelas instituições de ensino superior, definem os princípios, os fundamentos, as condições e os procedimentos da formação desse profissional. A graduação deve garantir a

formação de profissional com perfil generalista, humanista, apto a compreender e traduzir as necessidades de indivíduos e comunidades, com relação às atividades inerentes ao exercício profissional, no âmbito de seus campos específicos de atuação em saúde animal e clínica veterinária; saneamento ambiental e medicina veterinária preventiva, saúde pública e inspeção e tecnologia de produtos de origem animal; zootecnia, produção e reprodução animal, ecologia e proteção ao ambiente. A formação deve, ainda, conscientizar o futuro profissional sobre a necessidade da viabilização do bem-estar animal em todos os seus aspectos (BRASIL, 2003b; OLIVEIRA FILHO et al., 2009; PFUETZENREITER; ZYLBERSZTAJN, 2002).

As DCN oferecem flexibilidade quanto à autonomia proporcionada às coordenações de cursos, que possibilita inúmeras perspectivas, seja na oferta de atividades obedecendo às exigências legais da regulamentação do exercício profissional, seja nas metodologias empregadas e na gestão desses currículos. A plasticidade curricular apresentada não fornece um indicativo da carga horária a ser utilizada para cada conteúdo, que poderá ser disposta livremente nos cursos. A liberdade concedida às instituições pode fazer com que prevaleçam interesses de determinados grupos, favorecendo a ênfase em alguns conteúdos em detrimento de outros, ou seja, é facultada aos cursos a organização dos conteúdos curriculares essenciais de forma que os conhecimentos teóricos e práticos de certos campos tenham um número bem superior de atividades que outros. Isso poderá permitir a disposição de maior ou menor ênfase nos aspectos preventivos e de saúde pública nos currículos, por exemplo, que ficará na dependência dos interesses internos de cada curso e da preocupação dos professores em focar esses aspectos (PFUETZENREITER, 2003).

O profissional médico veterinário possui um leque de possibilidades de atuação, podendo ter a oportunidade de escolher, além da espécie animal com a qual irá trabalhar, a área em que deseja atuar. Entretanto, para que essa opção seja feita com segurança e clareza, é fundamental que a instituição de ensino ofereça ao futuro profissional, durante a realização do curso, a oportunidade de conhecer e experimentar a prática das diferentes áreas. Caso contrário, a opção será feita por um indivíduo com entendimento limitado, ou seja, sem uma visão clara e abrangente sobre todas as opções oferecidas pela profissão (OLIVEIRA FILHO et al., 2009).

Em uma análise sobre os currículos dos principais cursos de medicina veterinária no Brasil, foram observadas discrepâncias entre as porcentagens dedicadas aos diversos estilos de pensamentos (PFUETZENREITER; ZYLBERSZTAJN, 2004). Com os dados da Universidade do Estado da Santa Catarina (UDESC), os autores demonstraram que a formação profissional do médico veterinário é deficiente na aplicação do conhecimento das áreas da Medicina Veterinária Preventiva e Saúde Pública, onde a carga horária desse conteúdo é inferior à metade da média dos outros cursos no Brasil. Argumentam os autores que esse fato, juntamente com o contato tardio com as disciplinas, desestimula o interesse dos alunos e a procura por essa área.

Bürger (2010) realizou um diagnóstico de situação sobre a qualidade do ensino nos cursos de graduação em Medicina Veterinária do Estado de São Paulo e observou que as matrizes curriculares não contemplam de forma adequada todas as áreas de atuação da profissão médico veterinária. Os resultados evidenciaram que nos conteúdos das Ciências Veterinárias, 32,19% são destinados à Clínica Veterinária, 14,42% à Zootecnia e Produção, 4,90% à área da Medicina Veterinária Preventiva e Saúde Pública e 4,77% à Inspeção e Tecnologia de Produtos de Origem Animal. As disciplinas relacionadas às diferentes áreas de atuação profissional têm cargas horárias muito distintas. De um modo geral, as matrizes curriculares não contemplam de forma adequada a área de atuação da Saúde Pública Veterinária; as disciplinas apresentam cargas horárias reduzidas, além de serem oferecidas nos últimos períodos dos cursos, o que não favorece a aproximação do aluno à área. A autora constatou, também, que os estudantes desconhecem o significado e a importância da atuação do médico veterinário em Saúde Pública, não se dedicando adequadamente às atividades relacionadas à área e mantendo-se direcionados para uma formação individual e curativa, sem consciência de seu papel na sociedade. Propõe a autora uma reestruturação no ensino médico-veterinário baseada na integração de todas as áreas de atuação, com a utilização da estratégia da interdisciplinaridade, e a mudança na forma de pensar e ensinar dos docentes, além do trabalho conjunto dos mesmos em cada curso.

Pfuetzenreiter e Zylbersztajn (2004) sugerem que, na implantação e na implementação das recentes diretrizes curriculares para os cursos de Medicina Veterinária, se busque estabelecer a identidade da Medicina Veterinária Preventiva e Saúde Pública e que sejam traçados os objetivos do ensino desse campo de atuação. Propõem, ainda, que a formação universitária deve proporcionar aos estudantes a aquisição de conhecimentos e prepará-los por meio de experiências de aprendizado para solucionarem os problemas da comunidade. A elaboração do saber aliada à pesquisa e à extensão universitária permeariam a construção curricular da área de Medicina Veterinária e Saúde Pública. Os autores afirmam, ainda, que 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.

Assim, o Curso de Medicina Veterinária deve ter o papel de educador e não apenas o de formar profissionais. Deve formar cidadãos com capacidade de análise de situações e busca de soluções; o professor deve sair da universidade para trazer aos alunos a realidade do mercado (CARRIJO, 2007). Para permanecer relevante, o ensino de medicina veterinária deve preparar profissionais para os exercícios de atividades para o futuro, não apenas para o presente. A medicina veterinária dos próximos anos depende das decisões e dos direcionamentos tomados agora e, principalmente, da qualidade do ensino que está sendo praticado. O estudante de hoje deve ser preparado para as oportunidades em transformação que acontecerão nos próximos 20 anos (OLIVEIRA FILHO et al., 2009).

Neste momento histórico e importante, em que a profissão Medicina Veterinária foi incluída, legalmente, no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, é premente a demanda por profissionais capacitados e envolvidos em saúde pública, e relevante a preocupação com a formação acadêmica nessa área.

3. REFERÊNCIAS¹

ACHA, P. N.; SZYFRES, B. **Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y animales**. 3.ed. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2001. 989 p. (Publicación Científica, n. 580).

AGUIAR, Z. N. **SUS – Sistema Único de Saúde**: antecedentes, percurso, perspectiva e desafios. São Paulo: Martinari, 2011. 192 p.

ALMEIDA, C. Delimitación del campo de la investigación en sistema y servicios de salud: desarrollo histórico y tendencias, texto base para discusión. In: ALMEIDA, C. (Ed.). **Investigación en sistema y servicios de salud**: resultados, evaluación de actividades y desarrollo futuro de la Red. Rio de Janeiro: Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud em el Cono Sur, 2000. p. 11-35. (Cuadernos para Discusión, 1). Disponível em: <<http://regional.bvsalud.org/bvs/equidad/cuadernos1.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2012.

ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia sem números**: uma introdução crítica a ciência epidemiológica. Rio de Janeiro: Campos, 1989. 108 p.

ANDRADE, L. O. M. BARRETO, I. C. H. C. **SUS Passo a Passo: História Regulamentação Financiamento Políticas Nacionais**. 2ª ed . São Paulo HUCITEC, 2007.

ARCANJO, D. R.; SILVA, L. R. **Saúde da família na atenção primária**. Rio de Janeiro: IBPEX, 2007. 391 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação, referências, elaboração. Rio de Janeiro, 2003. 24 p.

ÁVILA-PIRES, F. D. Ecologia das zoonoses. In: COURA, J. (Org.). **Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 53-64.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2006. 71p.

BETTIOL, L. M. **Saúde e Participação Popular em Questão**, 1ª ed. São Paulo Ed. UNESP 2006, 155p.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e Previdência**. Estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC, 1986.

¹ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências; elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 23 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 381-389.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988. 292 p.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e da outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, set. 1990a. Secção1.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 20 de dezembro de 1990. Dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, dez. 1990b. Secção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº de 15 a 20, de 08 de janeiro de 1991: Norma Operacional Básica - SUS 01/91. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992: Norma Operacional Básica - SUS 01/92. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de Maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde e a prova a NOB 01/93. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, Brasília, 20 maio 1993a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação qualitativa do PACS**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PACS: normas e diretrizes**. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 1994b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 06 de novembro de 1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde e a prova NOB 01/96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 nov. 1996a.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 de dez. 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2000. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS e o controle social**: guia de referência para Conselheiros Municipais. Brasília, 2001a. 83 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a NOAS-SUS / 01/2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro, 2001c. 344 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, 2003a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção do SUS**: história da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília, DF: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2006a. 300 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e gestão**. Brasília: Departamento de Apoio à Descentralização, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento técnico**. 3. ed. Brasília, (DF), 2008a. 108 p. (Série B: textos básicos de saúde) (Avaliação para Melhoria Qualidade da Estratégia Saúde da Família).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na escola**. Brasília, DF, 2009 160 p. (Série B: Texto Básico de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde: Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2010. 448 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de Janeiro de 2011. Define a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 25 Jan. 2011.

BÜRGER, K. P. **O ensino de Saúde Pública Veterinária nos cursos de graduação em Medicina Veterinária no Estado de São Paulo**. 2010. 129 f. Tese (Doutorado em Medicina Veterinária) – Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Jaboticabal, 2010.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZRESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CARRIJO, L. H. D. O Médico Veterinário que a sociedade demanda. **Revista CFMV**, Brasília, DF, a. 8, n. 41, p. 80-81, 2007.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde, comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.090/90 e 8.142/90)**. Campinas: UNICAMP, 2006. 272 p.

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA VETERINÁRIA – CNSPV. O Médico Veterinário, a estratégia de saúde da família e o NASF. **Revista CFMV**, a. 15, n. 48, p. 9-14, 2009.

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

CONASS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2007. v. 1, 291 p. (Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS).

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas**. Brasília, DF, 2009. 100p.

CONASS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2011. 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 3).

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA – CFMV. **Perguntas e respostas sobre o NASF**. 2011. Disponível em: <http://www.cfmv.org.br/portal/pagina.php?cod=42>. Acesso em: 29 ago. 2012.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.

COSTA, E. M. A.; CABONE, M. H. Saúde da Família: **uma abordagem multidisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rúbio, 2009. 280 p.

COSTA, H. X. **A importância do Médico Veterinário no contexto de saúde pública**. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2011. p. 1-28. Seminários aplicados.

CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde**: conceito, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 176 p.

DONINI, C. A. **Uma proposta de análise qualitativa de risco aplicada ao gerenciamento de resíduos de atenção animal**. 2007. 88 f. Tese (Doutorado em Medicina Veterinária) – Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Jaboticabal, 2007.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1922 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L. et. al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 333-384.

FONTINELE JUNIOR, K. **Programa de Saúde da Família (PSF) comentado**. Goiânia: AB, 2003. 144 p.

GALLO, E.; LUCHESI, G.; MACHADO FILHO, N.; RIBEIRO, P. T. Reforma sanitária: uma análise de viabilidade. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 414-419, out/dez. 1988.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, mar./abr. 2005.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, jun. 2006.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, V. C. L.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009. 1110 p.

GOUVEIA, R. **Saúde Pública, suprema lei**: a nova legislação para a conquista da saúde. São Paulo: Mandacaru, 2000. 223 p.

HOCHMAN, G. A. Era do Saneamento: As Bases das Políticas de Saúde Pública no Brasil. São Paulo: editora Hucitec, ANPOCS, 1998.

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

MARTINI, J. G. Implantação do Programa da Saúde da Família em Porto Alegre. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 53, p. 71-76, dez. 2000. número especial.

MEDITSCH, R. G. M. O Médico Veterinário na construção da Saúde Pública: um estudo sobre o papel sobre o profissional da clínica de pequenos animais em Florianópolis, Santa Catarina. **Revista CFMV**, Brasília, DF, a. 7, n. 38, p. 45-58, 2006.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Saúde em debate - série didática**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde -SUS. In: GIOVANELLA, L. et. al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 435-472.

OLIVEIRA FILHO, B. D.; SANTOS, F. L.; MONDADORI, R. G. O ensino da medicina veterinária: realidade atual e perspectivas. **Revista CFMV**, Brasília, DF, a. 15, n. 46, p. 69-72, 2009.

OHARA, E. C. C; SAITO, R. X. S; Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008. 420p.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **De Alma-Ata al año 2000: reflexiones a medio camino**. Ginebra, 2001. p. 3-12.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Grupo Consultivo sobre Veterinária de Salud Pública**. Ginebra, 1957. p. 3-29. (Série de Informes Técnicos, 111). Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO TRS 111 spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_111_spa.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2012.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **A competency-based curriculum for veterinary public health and preventive medicine**. Washington: Paho/WHO, 1975. 115 p. (Publicación Científica, 313).

OPAS-OMS. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. **Atención primaria de la salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo 25 años y los retos futuros**. Washington, DC, 22-26 set. 2003. Consejo Directivo 44. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/7191815/Atencion-Primaria-de-Salud-en-Las-AmEricas-Las-EnseNanzas>>. Acesso em: 23 ago. 2012.

PAIM, J. S. Medicina Familiar no Brasil: Movimento Ideológico e Ação Política. In: ABRASCO. Estudos de Saúde Coletiva. 4ed. , Rio de Janeiro, 1986.

PAIM, J.S. Políticas de Saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PAIM, J.S. O Que É o SUS, 1ª ed. Rio de Janeiro ed. FIOCRUZ 2010, 148 p.

PEREIRA, S. G.; BARROS, G. C.; COSTA, A.N. Reflexões sobre a prática docente no ensino de Medicina Veterinária. **Revista CFMV**, ano V, n.19, p.58-61, 2000.

PFUETZENREITER, M. R.; ZYLBERSZTAJN, A. Evolução dos currículos dos cursos de Medicina Veterinária e o ensino de Medicina Veterinária Preventiva e Saúde Pública. **Revista de Educação Agrícola Superior**, v.20, n.1, p.58-61, 2002.

PFUETZENREITER, M. R. **O ensino da medicina veterinária preventiva e saúde pública nos cursos de medicina veterinária**. 2003. 459 f. Tese (Doutorado em Educação), Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

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

RABELLO, L. S. **Promoção da saúde**: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 228 p.

REZENDE, S.; HELLER, L. O Saneamento no Brasil: políticas e interfaces. Belo Horizonte. Editora UFMG; Escola de Engenharia da UFMG, 2002.

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

ROSEN, G. **Uma História de Saúde Pública**. São Paulo: UNESP/HUCITEC/ABRASCO, 1994. 423p.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. 580 p.

RUBINICH, J. CFMV: precedência absoluta à qualidade do ensino. **Revista CFMV**, ano II, n.5, p.1, 1996.

SCHWABE, C. W. **Veterinary medicine and human health**. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1984. 680 p.

SILVA, J. A, MENDES-GONÇALVES, R. B., GOLDBAUN, M. Atenção primária de saúde: avaliação da experiência do Vale do Ribeira. Ministério da Saúde, Secretaria Geral, Secretaria de Ciência e Tecnologia. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986: 173p.

SOUZA, P. C. A. A inserção do Médico Veterinário na área da saúde. SEMINÁRIO REGIONAL DE SAÚDE PÚBLICA VETERINÁRIA: O médico veterinário na construção da Saúde Pública. Porto Alegre. **Anais...**, 2004.

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

TEIXEIRA, S. F (Org.) Projetos Montes Claros. A Utopia Revistada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995: 262p.

UNICEF. Programa Agente de Saúde do Ceará. Estudo de Casos. Fortaleza, 1990: 60p.

VIEIRA, A. M. L. Nova ordem mundial. **Info CRMV-SP**, São Paulo, a. 15, n. 38, p. 8-11, 2009.

WILKEN, P. R. C. **Política de saúde no Brasil**: o Sistema Único de Saúde (SUS), uma realidade em construção. Rio de Janeiro: UNISUAM, 2005. 208 p.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION; FAO AGRICULTURAL STUDIES. **The veterinary contribution to public health practice**: report of a Joint FAO/WHO Expert Committee on Veterinary Public Health. Geneva, 1975. 79 p. (Technical Report Series, 573; FAO Agricultural Studies, 96). Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_573.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2012.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Future trends in veterinary public health**: report of a WHO study group. Geneva, 2002. 85 p. (WHO Technical Report Series, 907). Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO TRS 907.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_907.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2012.

ZANCHI. M. T.; ZUGNO. P. L. Sociologia da Saúde. 2ª ed. rev., e ampl. – Caxias do Sul, RS: Educs, 2010. 440p.

CAPÍTULO 2 – RELAÇÃO ENTRE A MEDICINA VETERINÁRIA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE GRADUANDOS, MÉDICOS VETERINÁRIOS E MEMBROS DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, EM PATOS/PB

RESUMO - A Medicina Veterinária, a primeira ciência do coletivo, é reconhecida no Brasil, desde 1988, como profissão da área de saúde. Recentemente, mais uma conquista para a classe e mais um passo para confirmar a sua atuação na Saúde Pública foi a inclusão do médico veterinário na lista de profissionais que podem atuar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O presente trabalho teve por objetivo avaliar o conhecimento dos graduandos do Curso de Medicina Veterinária, dos médicos veterinários da Vigilância Sanitária e dos membros das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a existência de relação entre a Medicina Veterinária e os modelos de Atenção Primária à Saúde, usando como base o Município de Patos, Paraíba. Foram selecionados 249 sujeitos para participarem da pesquisa, aos quais foram aplicados questionários compostos por perguntas fechadas e com os conteúdos norteados por dois eixos temáticos: *modelos de Atenção Primária à saúde e inserção do médico veterinário no NASF*. Os resultados obtidos evidenciam o pouco conhecimento dos graduandos e profissionais médicos veterinários no campo das Políticas Públicas de Saúde, especificamente com relação ao seu papel na atenção primária à saúde. Isso permite afirmar que existe uma lacuna na preparação desse profissional para atuar em equipes multidisciplinares e multiprofissionais de saúde, em especial o NASF. Além disso, ficou evidente o desconhecimento dos membros das equipes da Estratégia Saúde da Família quanto à inserção do médico veterinário no NASF e a sua competência frente às Políticas Públicas de Saúde e à atuação na Atenção Básica. O fato confirma a necessidade de um trabalho junto às autoridades políticas e de saúde, e à própria população, não apenas para a divulgação da inserção do médico veterinário no NASF, mas, principalmente, para que seja iniciado um trabalho de integração entre os profissionais de toda a Atenção Básica, atendendo à necessidade de trabalho em equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: atenção básica, medicina veterinária, NASF, políticas públicas de saúde

RELATION BETWEEN VETERINARY MEDICINE AND PRIMARY HEALTH CARE: AN EVALUATION ABOUT THE KNOWLEDGE FROM UNIVERSITY GRADERS, VETERINARIANS AND MEMBERS FROM THE FAMILY HEALTH STRATEGY TEAM IN PATOS/PB

ABSTRACT - Veterinary Medicine, the first science of collective, is recognized in Brazil since 1988 as a profession from the health area. Recently, a brand new achievement to this area and a great step to confirm its importance when we talk about public health was the inclusion of the veterinarian in the list of professionals that can act at the of Family Health Nucleous Center Supporting (Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF). This essay aimed to evaluate the knowledge of students from Veterinary Medicine Course, from the veterinarian from the Health Surveillance and also the members from a team of the Family Health Strategy to check if they could notice whether there is or there is not a relation between Veterinary Medicine and the models of Primary Health Care, using as basis Patos, a city in Paraíba State, Brazil. 249 people were selected to be part of the research. They had to answer a questionnaire with closed questions and the topics were about two different axis: models of Primary Health Care and the insertion of veterinarian in NASF. The results show that students and veterinarians from Health Public Policy have a small knowledge about their role in relation to the primary health care. Thus, it is possible to claim that these professionals are not being prepared to work with a cross functional team not even with health multiprofessional team especially NASF. Besides, the members from Family Health Strategy were not aware about the insertion of the veterinarian in NASF or their role in relation to Health Public Policy and not even their function in the Primary Attention. This fact confirms the necessity of a team work between politician and health authority and the population, not only to spread the insertion of the veterinarian physician in NASF, but also to start a work to join professionals from different areas like the ones from Primary Attention and create a cross functional team.

Key-words: primary attention, veterinarian medicine, NASF, health public policy

1. INTRODUÇÃO

As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado, produziram alterações significativas para a vida em sociedade.

O movimento da reforma sanitária no Brasil, cujos esforços centraram-se em questões mais gerais das políticas de saúde, culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual foi fundamental para a construção do texto relativo à saúde na Constituição Brasileira, promulgada em 1988, e para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), organizado em princípios e diretrizes que definiram a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) como diretriz norteadora e articuladora (CONASS, 2011).

A atenção primária representa um esforço para que o sistema de saúde se consolide, tornando-o mais eficiente, fortalecendo os vínculos entre os serviços de saúde e a população, e contribuindo para a universalização do acesso e a garantia da integralidade e da equidade na assistência (BRASIL, 2006).

A estratégia prioritária a ser adotada pelo Ministério da Saúde na Atenção Primária foi definida na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 como *o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção de sistema de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação* (BRASIL, 1990). De acordo com Starfield (2002), a atenção primária é o contato inicial dos usuários com o sistema de saúde e a porta de entrada preferencial do SUS.

No Brasil, o período pós-1995 foi marcado pelo desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde, norteadas pelas normas e diretrizes da Atenção Básica. Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família vem se destacando para a reorganização da Atenção Básica, na lógica da Vigilância em Saúde, e representa uma concepção da saúde centrada na promoção da qualidade de vida (BRASIL, 2000).

A conformação do setor saúde fez com o que os espaços da APS fossem compartilhados por profissionais com distintas formações médicas, com treinamentos específicos para essa área de atuação (TAVARES; TAKEDA, 2006).

O médico veterinário possui um amplo espectro de atuação profissional e, por estar habilitado a proteger a população contra as enfermidades coletivas, pode ser facilmente incorporado ao grupo de profissionais da área de saúde (OMS, 1957).

Em 1946 a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu a Saúde Pública Veterinária, designando algumas atribuições para o profissional médico veterinário. Desde 1957, a Organização Panamericana de Saúde reconhece no cenário mundial a Medicina Veterinária como profissão das práticas de saúde pública (OMS, 1957). Em 1975, as principais atribuições do médico veterinário na saúde pública foram elaboradas pela OMS (WHO, 1975).

No Brasil, era escasso o conhecimento da sociedade, das autoridades e dos profissionais da área da Saúde sobre o papel desenvolvido pelo médico veterinário na saúde pública. Até o início da década de 90 a Medicina Veterinária não compunha o elenco de profissões do Conselho Nacional de Saúde (CNS); ela foi inserida na área da saúde somente em 1992, por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde CNS/MS n. 38/1992, alterada pela Resolução CNS/MS n. 218/1997 e republicada como Resolução CNS/MS n. 287/1998, mas ainda hoje não é devidamente reconhecida (SOUZA, 2010).

Nos últimos anos, um dos maiores empregadores de médicos veterinários é o SUS, principalmente junto às secretarias municipais de saúde. De fato, esse profissional é o agente de saúde pública capaz de interferir na sociedade para a prevenção das doenças, promoção da saúde, proteção da vida e bem-estar humano (MEDITSCH, 2006; SOUZA, 2010).

Recentemente, pela Portaria do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro MS/GM n. 2.488 de 21 de outubro de 2011, o médico veterinário foi inserido na lista de profissionais que podem atuar no NASF.

Diante das possibilidades de contribuição da Medicina Veterinária para a Medicina Humana, e da interface com a saúde da família, a presente pesquisa objetivou identificar e avaliar o conhecimento dos acadêmicos e dos profissionais médicos veterinários, e também dos membros das equipes da ESF sobre a existência de relação entre a Medicina Veterinária e os modelos de Atenção Primária à Saúde.

2. METODOLOGIA

Esta pesquisa foi realizada no Município de Patos, Estado da Paraíba, semiárido do nordeste brasileiro. A escolha desse cenário deve-se ao fato de que, atualmente, o referido município tem 100% da população local atendida pela ESF, com um total de 36 equipes, quatro equipes de NASF (sem a presença de médico veterinário), e uma Faculdade pública de Medicina de Veterinária.

Os atores sociais participantes da pesquisa perfizeram um total de 249, sendo 135 alunos de graduação do Curso de Medicina Veterinária do Centro de Saúde e Tecnologia Rural da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Câmpus VII, Patos/PB, 10 Médicos Veterinários da Vigilância Sanitária e 104 membros das equipes da ESF (32 médicos, 36 enfermeiros e 36 odontólogos), da Secretaria Municipal de Saúde de Patos/PB.

Os questionários foram elaborados de acordo com a especificidade de cada grupo de atores sociais definidos para a pesquisa (Apêndice A – graduandos e médicos veterinários; Apêndice B – membros da equipe ESF). Foi adotado um modelo de questionário estruturado e adaptado com bases metodológicas, conforme Markoni e Lakatos (1996), composto por perguntas fechadas e formuladas de forma clara, concreta e precisa. As alternativas de resposta eram tricotômicas ou dicotômicas () SIM, () NÃO ou () NÃO SEI e os conteúdos foram norteados por dois eixos temáticos: *modelos de Atenção Primária à saúde e inserção do médico veterinário no NASF*

No primeiro eixo os participantes opinaram sobre a existência de relação da Medicina Veterinária com: Políticas Públicas de Saúde; Sistema Único de Saúde; Atenção Básica em Saúde; Vigilância em Saúde; Doenças de notificação compulsória; Estratégia Saúde da Família. No segundo eixo, as abordagens foram sobre a inserção do médico veterinário no NASF e a opinião sobre seu fortalecimento com a presença desse profissional.

Com a autorização para a realização da pesquisa (Anexo 1), os questionários foram entregues aos médicos veterinários da coordenação da vigilância sanitária, aos membros das equipes das ESF da Secretaria Municipal de Saúde e aos alunos do Curso de Medicina Veterinária. A cada grupo de sujeitos foi prestado esclarecimento quanto aos objetivos, metodologia e resultados esperados. Os

participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme orientações da Resolução 196/96 do CNS (Anexo 2). Os questionários foram recolhidos logo após o preenchimento. A identidade dos participantes teve total garantia de sigilo e privacidade, ressaltando-se que os dados são confidenciais e serão utilizados apenas para o controle do pesquisador.

Esta pesquisa pode ser caracterizada como quali-quantitativa descritiva; os dados foram tabulados em planilhas de softwares Microsoft Office Excell 2010® e os resultados foram dispostos em tabelas para análise.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando as respostas sobre a opinião da existência de relação entre a Medicina Veterinária e as políticas públicas de saúde, constatou-se que 84% dos graduandos, 100% dos médicos veterinários e 73% dos membros das equipes da ESF assinalaram positivamente, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1. Resultado da aplicação do questionário quanto à opinião sobre a existência de relação entre a Medicina Veterinária e as políticas públicas de saúde. Patos/PB, 2012.

Participante	Resposta			Total
	Sim	Não	Não Sei	
Graduando*	114 (84%)	8 (6%)	13 (10%)	135 (100%)
Médico Veterinário**	10 (100%)	0	0	10 (100%)
Médico***	20 (62%)	6 (19%)	6 (19%)	32 (100%)
Enfermeiro***	28 (78%)	4 (11%)	4 (11%)	36 (100%)
Odontólogo***	26 (72%)	6 (17%)	4 (11%)	36 (100%)
Total	198 (79%)	24 (10%)	27 (11%)	249 (100%)

*UFMG – Universidade Federal de Campina Grande, Câmpus VII, Patos/PB

** da Vigilância Sanitária da Secretaria da Saúde de Patos/PB

*** membros das equipes da Estratégia Saúde da Família de Patos/PB

As políticas públicas de saúde integram o campo de ação social orientado para a melhoria das condições de saúde da população e consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção da saúde, proteção e recuperação dos indivíduos e da coletividade.

Vale destacar que, entre os médicos, quase 20% foram de opinião que não existe ou não sabem da relação entre políticas públicas e Medicina Veterinária, praticamente o dobro em comparação à opinião dos enfermeiros e odontólogos. Este resultado demonstra que as autoridades sanitárias do município conhecem parcialmente o rol das profissões classificadas como da área da saúde. Quanto aos estudantes de Medicina Veterinária, a partir do terceiro ano do curso, 6% afirmaram que não existe a relação e 10% não sabiam. Embora essa porcentagem seja pequena, é significativa e indica que os graduandos em Medicina Veterinária precisam ser melhor capacitados sobre o assunto em pauta.

Todos os médicos veterinários responderam afirmativamente, indicando que, pelo fato de trabalharem na Vigilância Sanitária, têm que conhecer e se envolver com as políticas públicas de saúde, especialmente com os programas de promoção à saúde e prevenção das doenças junto à comunidade. De fato, a formação do médico veterinário está em harmonia com o conceito de Saúde Pública, que considera todos os fatores que determinam a saúde coletiva sem se limitar às necessidades do indivíduo (OMS, 1957). Neste sentido, Almeida Filho (1989) justifica que, pelo amplo espectro de atuação profissional, a Medicina Veterinária é a primeira ciência do coletivo.

Schwabe (1984), ao analisar a atuação do médico veterinário como promotor da saúde pública, afirma que este desempenha diversas atividades nas áreas técnicas e administrativas da Saúde Pública e, assim, fortalece o compromisso das políticas públicas orientado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade na organização de um sistema de saúde no território nacional.

Quanto à opinião sobre a existência de relação da Medicina Veterinária com o SUS, 28% dos graduandos, 31% dos médicos, 31% dos enfermeiros e 17% dos odontólogos responderam que não existe essa relação ou não sabem. (Tabela 2). Esses números são muito elevados e a situação deveria ser diferente, uma vez que a Medicina Veterinária é reconhecida, já há muito tempo, como profissão da área da saúde e, conforme afirmou Souza (2010), nos últimos 10 anos um dos maiores empregadores de médicos veterinários foi o SUS, principalmente por meio das secretarias municipais de saúde.

Tabela 2. Resultado da aplicação do questionário quanto à opinião sobre a existência de relação entre a Medicina Veterinária e o Sistema Único de Saúde (SUS). Patos/PB, 2012.

Participante	Resposta			Total
	Sim	Não	Não Sei	
Graduando*	107 (79%)	15 (11%)	13 (10%)	135 (100%)
Médico Veterinário**	10 (100%)	0	0	10 (100%)
Médico***	22 (69%)	7 (22%)	3 (9%)	32 (100%)
Enfermeiro***	25 (69%)	6 (17%)	5 (14%)	36 (100%)
Odontólogo***	30 (83%)	4 (11%)	2 (6%)	36 (100%)
Total	194 (78%)	32 (13%)	23 (9%)	249 (100%)

*UFMG – Universidade Federal de Campina Grande, Câmpus VII, Patos/PB

** da Vigilância Sanitária da Secretaria da Saúde de Patos/PB

*** membros das equipes da Estratégia Saúde da Família de Patos/PB

Cem por cento dos médicos veterinários afirmaram que existe essa relação. De fato, em todos os municípios com médicos veterinários, este deve estar ciente do seu papel no SUS e das suas atividades em prol da saúde pública, já que atua na interação entre vigilância e atenção básica com competências para fiscalizar e inspecionar alimentos, água e bebidas para o consumo humano, identificar doenças infectocontagiosas, diagnosticar, bem como monitorar zoonoses e ameaças ao meio ambiente. Todas essas são ações de promoção à saúde e prevenção de doenças propostas pelo SUS.

Diante deste contexto, a Lei Federal nº 5.517 de 1968 nos Art. 5º e 6º estabelece que é de competência do médico veterinário o exercício de atividades de inspeção e fiscalização sob o ponto de vista sanitário, higiênico e tecnológico de produtos de origem animal, além de atividades ou funções públicas e particulares relacionadas com o estudo e aplicação de medidas de saúde pública no tocante às zoonoses.

Maroso (2006), ao analisar a inserção do médico veterinário no SUS, refletiu sobre o seu conhecimento na área biomédica e de clínicas de diferentes espécies e, por estar habilitado a lidar com populações, aliado aos conhecimentos específicos em parasitologia, microbiologia, epidemiologia e, principalmente, por estar voltado à prevenção de agravos, especialmente as zoonoses, este profissional do coletivo deveria ocupar um papel mais atuante no atual modelo de saúde proposto pelo SUS.

Ratifica-se, aqui, a argumentação de Moraes (2010): *não se pode conceber municípios brasileiros sem a presença do médico veterinário no SUS.*

Na Tabela 3 estão descritos os resultados das respostas dos graduandos do Curso de Medicina Veterinária e dos médicos veterinários às três perguntas relativas ao tema *conhecimento sobre a construção do SUS*. Estas questões não constavam nos questionários dos componentes das equipes ESF por se considerar desnecessário e impróprio.

Tabela 3. Resultado da aplicação do questionário ao responderem os participantes da pesquisa se tinham conhecimento sobre três itens relativos à construção do Sistema Único de Saúde. Patos/PB, 2012.

Participante/Questão						
Resposta	Graduando*		Médico Veterinário**		Total	
	número	porcentagem	Número	porcentagem	número	porcentagem
SUS respaldado pela Constituição Federal de 1988						
SIM	10	7%	9	90%	19	13%
NÃO	125	93%	1	10%	126	87%
Princípios e Diretrizes do SUS						
SIM	45	33%	10	100%	55	38%
NÃO	90	67%	0	0	90	62%
A saúde do seu o município é municipalizada						
SIM	62	46%	10	0	72	50%
NÃO	73	54%	0	0	73	50%
Total	135	100%	10	100%	145	100%

*UFMG – Universidade Federal de Campina Grande, Câmpus VII, Patos/PB

** da Vigilância Sanitária da Secretaria da Saúde de Patos/PB

Dos 135 graduandos que responderam sobre o conhecimento do respaldo da Constituição Federal de 1988 ao SUS, 93% o fizeram negativamente. Já, dos dez médicos veterinários da Vigilância Sanitária, apenas um (10%) admitiu não ter conhecimento.

Apesar de mais de 20 anos da promulgação da Constituição Federal, que estabeleceu o novo sistema brasileiro de saúde, considerado o maior projeto de inclusão social – o SUS, idealizado pelo Movimento da Reforma Sanitária e discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, é preocupante detectar que os alunos da Medicina Veterinária desconhecem sobre a construção desse Sistema. Estes resultados apontam, sem dúvida, para o primeiro grande desafio a ser

enfrentado pelos futuros médicos veterinários a serem inseridos na equipe do NASF.

Souza (2010), estudando o conhecimento sobre o SUS, ao relatar sobre a inserção do médico veterinário na área da saúde verificou que, de uma maneira geral, os graduandos pouco sabem dos conceitos que regem o Sistema.

Analisando as respostas sobre o conhecimento dos princípios e diretrizes do SUS, constata-se que 90 (67%) graduandos do Curso de Medicina Veterinária afirmaram negativamente, enquanto 100% dos Médicos Veterinários declararam conhecê-los (Tabela 3). Não conhecer os princípios doutrinários e organizativos do atual sistema de saúde do Brasil denota não saber sobre a Constituição Federal de 1988. Conforme declarou Aguiar (2011), os princípios doutrinários expressam as ideias filosóficas que permeiam a criação e a implementação do SUS, personificando o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde, enquanto os princípios organizativos orientam o funcionamento do sistema, de modo a contemplar os seus princípios doutrinários. De acordo com os autores Ohara e Saito (2008) e Zanchi e Zugno (2010), os princípios doutrinários do SUS são a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção. E os princípios organizativos são a descentralização, a regionalização e a hierarquização do sistema, a participação e o controle social.

Ao responder se a saúde do seu município é municipalizada, todos os médicos veterinários afirmaram que sim, mas apenas 62 (46%) dos graduandos assinalaram a alternativa positiva (Tabela 3). Isso vem confirmar que os estudantes desconhecem a Constituição Federal que estabelece, em seu art. 198, que a municipalização dos serviços de saúde é um direito garantido que está previsto nas diretrizes do SUS. De acordo com Wilken (2005), a diretriz da descentralização norteia as ações de saúde nas três esferas, nelas compreendido o município, garantindo a legalidade da municipalização de saúde.

Na Tabela 4 estão registrados os resultados das respostas dos participantes ao opinar sobre a existência de relação entre a Medicina Veterinária e a atenção básica em saúde. Verifica-se que 83% dos graduandos, 100% dos médicos veterinários e 64% dos membros das equipes da ESF afirmaram que existe essa relação.

Tabela 4. Resultado da aplicação do questionário quanto à opinião sobre a existência de relação entre a Medicina Veterinária e a atenção básica em saúde. Patos/PB, 2012.

Participante	Resposta			Total
	Sim	Não	Não Sei	
Graduando*	112 (83%)	8 (6%)	15 (11%)	135 (100%)
Médico Veterinário**	10 (100%)	0	0	10 (100%)
Médico***	19 (59%)	6 (19%)	7 (22%)	32 (100%)
Enfermeiro***	22 (61%)	8 (22%)	6 (17%)	36 (100%)
Odontólogo***	26 (72%)	6 (17%)	4 (11%)	36 (100%)
Total	189 (76%)	28 (11%)	32 (13%)	249 (100%)

*UFMG – Universidade Federal de Campina Grande, Câmpus VII, Patos/PB

** da Vigilância Sanitária da Secretaria da Saúde de Patos/PB

*** membros das equipes da Estratégia Saúde da Família de Patos/PB

Verifica-se que uma porcentagem menor de estudantes (79%) opinou positivamente quanto ao conhecimento da relação da Medicina Veterinária com o SUS (Tabela 2). O fato é estranho e leva a questionar se esses estudantes sabiam o que é Atenção Básica em Saúde e que a mesma faz parte das diretrizes do SUS.

De acordo com Tavares e Takeda (2006), a conformação do setor saúde, no Brasil, fez com o que o espaço da Atenção Primária fosse compartilhado por profissionais com distintas formações. Neste sentido, o médico veterinário deve ser incorporado aos grupos de profissionais da área da saúde por estar habilitado a proteger a população contra as enfermidades, especialmente as zoonoses, de acordo com a OMS (1957). Além disso, pode colaborar com equipes multiprofissionais que fortalecem as ações para a atenção básica em saúde, como a ESF (FONTINELE JR., 2003), e participar da equipe do NASF (BRASIL, 2009).

Segundo Starfield (2002), a Atenção Básica é a porta de entrada do sistema de saúde e o contato preferencial dos usuários, orientados pelos princípios da universalidade, da integralidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação social.

No tocante à pergunta sobre a relação entre a Medicina Veterinária e a Vigilância em Saúde, os resultados estão elencados na Tabela 5 e apontam que 92% dos participantes afirmaram existir esta relação. Esse resultado é significativo, embora 12% dos médicos e 11% dos odontólogos tenham respondido que não.

Tabela 5. Resultado da aplicação do questionário quanto à opinião sobre a existência de relação entre a Medicina Veterinária e a Vigilância em Saúde. Patos/PB, 2012.

Participante	Resposta			Total
	Sim	Não	Não Sei	
Graduando*	122 (90%)	5 (4%)	8 (6%)	135 (100%)
Médico Veterinário**	10 (100%)	0	0	10 (100%)
Médico***	29 (88%)	3 (12%)	0	32 (100%)
Enfermeiro***	36 (100%)	0	0	36 (100%)
Odontólogo***	32 (89%)	4 (11%)	0	36 (100%)
Total	229 (92%)	12 (5%)	8 (3%)	249 (100%)

*UFCG – Universidade Federal de Campina Grande, Câmpus VII, Patos/PB

** da Vigilância Sanitária da Secretaria da Saúde de Patos/PB

*** membros das equipes da Estratégia Saúde da Família de Patos/PB

De acordo com WHO (1975), a participação na Vigilância em Saúde é uma das principais atribuições do médico veterinário no campo da saúde pública. Costa (2011), ao analisar a inclusão do médico veterinário no modelo de atenção básica, verificou que suas atividades podem estar inseridas na Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Vigilância à Saúde do Trabalhador. Essas ações também estão ancoradas no art. 200 da Constituição da República Federativa do Brasil, que estabelece as competências do SUS (BRASIL, 1988).

Desde a Resolução nº 287 de Outubro de 1998, que dispõe sobre a inclusão do médico veterinário na área da saúde, esse profissional tem assumido cada vez mais o seu papel e, mais tradicionalmente, na vigilância em saúde. Com isso, o reconhecimento nas equipes de Saúde Pública vem se estabelecendo. Mas ainda há muito que conquistar, com a sua inserção nas equipes do NASF.

Na Tabela 6 estão os resultados das respostas dos participantes ao opinar sobre a relação Medicina Veterinária e doenças de notificação compulsória; destaca-se a porcentagem de 63% para a resposta *não* ou *não sei* dos médicos.

Tabela 6. Resultado da aplicação do questionário quanto à opinião sobre a existência de relação entre a Medicina Veterinária e doenças de notificação compulsória. Patos/PB, 2012.

Participante	Resposta			Total
	Sim	Não	Não Sei	
Graduando*	98 (73%)	5 (4%)	32 (24%)	135 (100%)
Médico Veterinário**	10 (100%)	0	0	10 (100%)
Médico**	12 (38%)	16 (50%)	4 (13%)	32 (100%)
Enfermeiro***	30 (83%)	6 (17%)	0	36 (100%)
Odontólogo***	27 (75%)	6 (17%)	3 (8%)	36 (100%)
Total	177 (71%)	33 (13%)	39 (16%)	249 (100%)

*UFMG – Universidade Federal de Campina Grande, Câmpus VII, Patos/PB

** da Vigilância Sanitária da Secretaria da Saúde de Patos/PB

*** membros das equipes da Estratégia Saúde da Família de Patos/PB

Considerando que 37,7% das 45 doenças, agravos e outros eventos da lista de notificação compulsória (Brasil, 2011) estão relacionados com zoonoses, reveste-se de grande preocupação o fato de 63% dos médicos responderem não (50%) ou não sabem (13%) da relação da Medicina Veterinária com essas doenças, as quais requerem o médico veterinário para dar suporte ao seu diagnóstico e à notificação.

Meditich (2006), ao realizar uma pesquisa com médicos veterinários que atuam em clínica de pequenos animais em Florianópolis, Brasil, perguntou sobre a notificação de doenças e observou que, apesar de 27,5% dos entrevistados demonstrarem interesse em notificar, 90% nunca o fizeram de forma efetiva e alegaram dificuldades para a realização do procedimento. Na verdade, todo profissional de saúde pode notificar a ocorrência de doenças. No entanto, constata-se que os médicos veterinários clínicos, de um modo geral, desconhecem essa competência.

Na Tabela 7 são apresentados os resultados das respostas dos participantes sobre o conhecimento quanto à composição e normas técnicas da equipe da ESF. Estas perguntas não constavam nos questionários dos componentes das equipes ESF por se considerar desnecessário e impróprio.

Observa-se que, dos 135 graduandos, apenas 7% e 4% tinham conhecimento sobre esses itens, respectivamente. Dos 10 médicos veterinários participantes, 60% afirmaram não conhecer a composição das ESF nem as normas técnicas. Isto demanda uma reflexão, já que esses profissionais eram da Vigilância Sanitária, num município com 100% de cobertura por equipes da Estratégia, portanto tinham grande possibilidade de conhecer esse programa. Considerando um município ou uma região onde a ESF ainda está sendo implantada, pode-se inferir que a chance de um médico veterinário saber de ESF é muito menor. Isto leva a questionar sobre as reais condições dos médicos veterinários assumirem, hoje, uma função no NASF.

Tabela 7. Resultado da aplicação do questionário ao responderem os participantes da pesquisa se tinham conhecimento quanto à composição e as normas técnicas da equipe da Estratégia Saúde da Família. Patos/PB, 2012.

Participante/Questão						
Resposta	Graduando*		Médico Veterinário**		Total	
	número	porcentagem	número	porcentagem	número	porcentagem
Composição da equipe Estratégia Saúde da Família						
SIM	10	7%	4	40%	14	10%
NÃO	125	93%	6	60%	131	90%
Normas Técnicas da Estratégia Saúde da Família						
SIM	5	4%	4	40%	9	6%
NÃO	130	96%	6	60%	136	94%
Total	135	100%	10	100%	145	100%

*UFMG – Universidade Federal de Campina Grande, Câmpus VII, Patos/PB

** da Vigilância Sanitária da Secretaria da Saúde de Patos/PB

O modelo de atenção primária *Programa Saúde da Família* foi implantado no Brasil desde 1994 para substituir o modelo tradicional, com o propósito de reorganizar as práticas da atenção à saúde em novas bases, tornando-o mais eficiente, equânime e mais próximo à realidade de cada usuário, de cada família, de cada comunidade, respeitando suas especificidades sócio-regionais (BRASIL, 2008). Depois de algum tempo passou a ser denominado *Estratégia Saúde da Família* – ESF, formada por uma equipe multidisciplinar e profissional responsável pela melhoria da qualidade de vida de milhões de pessoas em todo o Brasil.

Devido à inserção do médico veterinário no NASF pela portaria n° 2.488 de 21 de outubro de 2011, e por ser uma nova área de atuação para esse profissional, indagou-se aos participantes se tinham o conhecimento do fato e qual a opinião quanto ao fortalecimento do NASF com essa inserção. Nas Tabelas 8 e 9 estão registrados os resultados das respostas.

Tabela 8. Resultado da aplicação do questionário ao responderem os participantes da pesquisa se tinham conhecimento sobre a inserção do médico veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Patos/PB, 2012.

Participante	Resposta		
	Sim	Não	Total
Graduando*	46 (34%)	89 (66%)	135 (100%)
Médico Veterinário**	10 (100%)	0	10 (100%)
Médico***	2 (6%)	30 (94%)	32 (100%)
Enfermeiro***	6 (17%)	30 (83%)	36 (100%)
Odontólogo***	2 (6%)	34 (94%)	36 (100%)
Total	66 (27%)	183 (73%)	249 (100%)

*UFMG – Universidade Federal de Campina Grande, Câmpus VII, Patos/PB

** da Vigilância Sanitária da Secretaria da Saúde de Patos/PB

*** membros das equipes da Estratégia Saúde da Família de Patos/PB

Constatou-se que 66% dos graduandos desconhecem sobre a inclusão do médico veterinário no NASF, o que leva a refletir sobre a importância da Faculdade neste momento tão importante para a profissão, em que a inserção no NASF representa uma grande conquista para a classe e uma oportunidade de ver a Medicina Veterinária reconhecida na área da Saúde Pública.

Destaca-se que, dos médicos, enfermeiros e odontólogos, 94%, 83% e 94%, respectivamente, não sabiam sobre o assunto.

Quanto à opinião sobre o fortalecimento do NASF com a presença do médico veterinário, 28% dos médicos, 61% dos enfermeiros e 28% dos odontólogos responderam afirmativamente, demonstrando que há a necessidade de maior interação dos médicos veterinários com os outros profissionais da saúde, divulgando e exercitando as competências da profissão no âmbito da Saúde Pública.

Tabela 9. Resultado da aplicação do questionário ao responderem os participantes da pesquisa se o NASF seria fortalecido com a presença do médico veterinário. Patos/PB, 2012.

Participante	Resposta			Total
	Sim	Não	Não sei	
Graduando*	90 (67%)	23 (17%)	22 (16%)	135 (100%)
Médico Veterinário**	10 (100%)	0	0	10 (100%)
Médico***	9 (28%)	21 (66%)	2 (6%)	32 (100%)
Enfermeiro***	22 (61%)	6 (17%)	8 (22%)	36 (100%)
Odontólogo***	10 (28%)	15 (42%)	11 (30%)	36 (100%)
Total	141 (57%)	65 (26%)	43 (17%)	249 (100%)

*UFMG – Universidade Federal de Campina Grande, Câmpus VII, Patos/PB

** da Vigilância Sanitária da Secretaria da Saúde de Patos/PB

*** membros das equipes da Estratégia Saúde da Família de Patos/PB

Preocupa o fato de que 72% dos médicos atuantes na ESF ainda desconhecem a inserção do médico veterinário no NASF e também o quanto isso poderá fortalecer a ESF.

De fato, a divulgação dessa inserção ainda é incipiente, tanto por parte dos órgãos de classe como pelas Faculdades e os próprios médicos veterinários cientes e interessados. A expectativa é que sejam definidas as competências do profissional para a função e se intensifique a divulgação.

A criação dos núcleos de apoio constitui um passo importante para a consolidação das ESF e, especialmente, para o desenvolvimento e aprimoramento de um novo modelo de exercício do trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2009). O médico veterinário integrante dessa equipe atuará na atenção básica com maior eficácia para a promoção à saúde e prevenção de doenças, em particular se forem consideradas as competências da profissão Medicina Veterinária.

Molini-Avejonas et al. (2010) afirmaram que o trabalho em equipe desenvolvido pelo NASF é pouco discutido em pesquisas na saúde coletiva e, com a inclusão dos novos profissionais de saúde vinculados às ESF, aumenta a possibilidade de resposta aos novos e antigos desafios da morbidade dos brasileiros.

4. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos demonstram o pouco conhecimento dos graduandos e profissionais médicos veterinários no campo das Políticas Públicas de Saúde, especificamente com relação ao seu papel na atenção primária à saúde. Isso permite afirmar que existe uma lacuna na preparação desse profissional para atuar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF.

Também ficou evidente o desconhecimento dos membros das equipes da Estratégia Saúde da Família quanto à inserção do médico veterinário no NASF e suas competências frente às Políticas Públicas de Saúde e atuação na Atenção Básica. O fato confirma a necessidade de um trabalho junto às autoridades políticas e de saúde, e à própria população, para a divulgação da inserção do médico veterinário no NASF e para reafirmar o seu importante papel na Saúde Pública, especialmente no espaço da atenção primária compartilhado por profissionais de distintas formações. Faz-se necessário, também, que no ato de acolhimento dos recém-admitidos para a equipe, sejam expostas as normas e diretrizes que norteiam as funções desse profissional no Núcleo.

É essencial que haja integração entre todos os profissionais das equipes de saúde, atendendo a legislação para a Atenção Primária à Saúde que preconiza um trabalho multiprofissional e multidisciplinar. Só assim pode ser estabelecida a construção de momentos relacionais que possibilitam a troca de saberes entre os profissionais das diferentes áreas, o que culminará, certamente, com o aumento da resolubilidade, ainda na atenção básica.

A ESF busca superar os modelos de assistência centrados exclusivamente na doença. Esta é a maior razão e o maior desafio desse novo modelo de atenção básica que estabelece, essencialmente, a prevenção de doenças, a promoção da saúde, a recuperação e a reabilitação. A integralidade das ações e a resolubilidade na Atenção Primária à Saúde reduzem a demanda dos serviços nas atenções secundárias e, conseqüentemente, os custos da saúde.

5. REFERÊNCIAS²

AGUIAR, Z. N. **SUS – Sistema Único de Saúde**: antecedentes, percurso, perspectiva e desafios. São Paulo: Martinari, 2011. 192 p.

ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia sem números**: uma introdução crítica a ciência epidemiológica. Rio de Janeiro: Campos, 1989. 108 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988. 292 p.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e da outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, set. 1990. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2000. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na escola**. Brasília, DF, 2009 160 p. (Série B: Texto Básico de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de Janeiro de 2011. Define a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 25 Jan. 2011.

CONASS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2011. 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 3).

COSTA, H. X. **A importância do Médico Veterinário no contexto de saúde pública**. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2011. p. 1-28. Seminários aplicados.

FONTINELE JUNIOR, K. **Programa de Saúde da Família (PSF) comentado**. Goiânia: AB, 2003. 144 p.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento em execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração análise e interpretação de dados. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

² ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 6023*: informação e documentação: referências; elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 23 p.

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

MEDITSCH, R. G. M. O Médico Veterinário na construção da Saúde Pública: um estudo sobre o papel sobre o profissional da clínica de pequenos animais em Florianópolis, Santa Catarina. **Revista CFMV**, Brasília, DF, a. 7, n. 38, p. 45-58, 2006.

MOLINI-AVEJONAS, DR; MENDES. V. L. F.; AMATO, C. A. H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v.15, n. 3, p. 465-474, 2010.

MORAES, N. B. O SUS deve ser trabalhado a partir das Universidades. **RADIS – Comunicação em Saúde**. Rio de Janeiro – RJ, n.90, p.11, 2010.

OHARA, E C. C; SAITO, R. X. S; Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008. 420p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Grupo Consultivo sobre Veterinária de Salud Pública**. Ginebra, 1957. p. 3-29. (Série de Informes Técnicos, 111). Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO TRS 111 spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_111_spa.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2012.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **A competency-based curriculum for veterinary public health and preventive medicine**. Washington: Paho/WHO, 1975. 115 p. (Publicación Científica, 313).

SCHWABE, C. W. **Veterinary medicine and human health**. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1984. 680 p.

SOUZA, P. C. A. A inserção do Médico Veterinário na área da saúde. **Revista CFMV**, Brasília, DF, a. XVI, n. 49p, 5-7, 2010

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

TAVARES. M.; TAKEDA. S. A Prática da Atenção Primária à Saúde. In: Duncan, B. B.; Schmidt, M. I; Giugliani, E. R, organizadores. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006; p. 22-35.

WILKEN, P. R. C. **Política de saúde no Brasil**: o Sistema Único de Saúde (SUS), uma realidade em construção. Rio de Janeiro: UNISUAM, 2005. 208 p.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION; FAO AGRICULTURAL STUDIES. **The veterinary contribution to public health practice**: report of a Joint FAO/WHO Expert Committee on Veterinary Public Health. Geneva, 1975. 79 p. (Technical Report Series, 573; FAO Agricultural Studies, 96). Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_573.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2012.

ZANCHI. M. T.; ZUGNO. P. L. Sociologia da Saúde. 2ª ed. rev., e ampl. – Caxias do Sul, RS: Educs, 2010.

CAPÍTULO 3 – AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE ESTUDANTES E DE PROFISSIONAIS EM MEDICINA VETERINÁRIA SOBRE O ENSINO DE TEMAS RELACIONADOS AO SUS E À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DURANTE O CURSO DE GRADUAÇÃO

RESUMO - A inserção do médico veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi uma grande conquista para a classe mas também um grande desafio, quando se analisa a formação e a capacitação para atuar nas equipes multiprofissionais de Saúde. Considerando que, embora as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina Veterinária estabeleçam que a área de Saúde Pública seja ensinada na graduação, sabe-se que existe uma grande lacuna nos currículos vigentes das Faculdades no Brasil. Assim, lança-se a questão: será que os médicos veterinários estão sendo preparados para assumir mais esse desafio dentro das Políticas Públicas de Saúde? O presente trabalho objetivou avaliar o conhecimento de graduandos e de profissionais médicos veterinários sobre o ensino de temas relacionados ao SUS e à Atenção Primária em Saúde. O cenário da pesquisa foi o Município de Patos/PB e os sujeitos da pesquisa foram 135 estudantes do Curso de Medicina Veterinária da UFCG e 10 médicos veterinários da Vigilância Sanitária, aos quais foi aplicado um questionário. Apenas 4% dos alunos afirmaram que os temas Sistema Único de Saúde e Lei Orgânica de Saúde foram abordados durante o curso; com relação aos demais temas Norma Operacional Básica de Saúde, Norma Operacional de Assistência à Saúde e Pacto pela Saúde, apenas 1% dos alunos afirmou que os mesmos foram abordados. Quanto aos 10 médicos veterinários, a maioria (70% a 90%) declarou não ter trabalhado no seu curso de graduação os assuntos que norteiam a Atenção Básica à Saúde, nem sobre Políticas Públicas, Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família. A metade deles, porém, afirmou ter visto o conteúdo sobre doenças de notificação compulsória e, quatro, sobre o Sistema de Informação em Saúde. Vinte por cento deles declararam ter trabalhado durante a graduação os temas Lei Orgânica de Saúde, Norma Operacional Básica de Saúde e Pacto pela Saúde e, 30%, os conteúdos sobre Sistema Único de Saúde e Norma Operacional de Assistência à Saúde. Conclui-se que os temas do SUS não são abordados nos cursos de graduação de Medicina Veterinária, conforme preconizam as diretrizes curriculares, fazendo-se necessária uma conscientização e intervenção dos órgãos de classe e do Ministério da Educação junto às escolas de Medicina Veterinária.

Palavras-chave: ensino, medicina veterinária, saúde pública, SUS

EVALUATION OF STUDENTS' AND VETERINARIANS' KNOWLEDGE ABOUT THE TEACHING RELATED TO SUS AND TO PRIMARY HEALTH CARE DURING THE GRADUATION COURSE

ABSTRACT - The insertion of the veterinarian in the Family Health Nucleus Supporting Center (Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF) was a great achievement to this group of professionals and it was also a great challenge due to the education and training to act in health multiprofessional teams. Whether we consider that, although the Veterinary Medicine National Curriculum Guidelines claims that the public health area must be taught in the graduation, it is known that there is a huge gap in the Veterinary Medicine curricula from the Universities in Brazil. Then a question arises: are the veterinarians really being prepared to assume another challenge in the Health Public Policy? This essay aims to evaluate the students' and veterinarians' knowledge about the teaching of topics related to SUS and Primary Health Care. This research took place in Patos/PB and 135 veterinary medicine students from UFCG, 10 veterinarians from Health Surveillance as well were the people tested and they had to answer a questionnaire. Only 4% of students claimed that topics like Brazil's publicly funded health care (Sistema Único de Saúde - SUS) or Health Organic Law were taught at university; and only 1% of students claimed that topics like Basic Operacional Health Rules, Operacional Health Assistance Rules and Health Pact were taught at university. On the other hand, 70% to 90% of the veterinarians asserted that the topics Primary Health Care, Public Policy or Family Health Strategy, not even NASF were not taught at their graduation course. Half of them claimed that they were aware about diseases that require mandatory report, and four of them knew about the Health Information System. 20% of them said that they have worked with topics like Organic Health Law, Operacional Health Rules and Health Pact during graduation and 30% learned about topics like SUS and Operacional Health Assistance Rules. In conclusion, topics from SUS are not seen in veterinary medicine graduation courses as it is established the Veterinary Medicine National Curriculum Guidelines. This way, it is necessary to acquire knowledge about it and the Ministry of Education and the veterinary medicine class members should intercede in the Veterinary Medicine Colleges.

Key-words: teaching, public health, SUS, veterinarian medicine

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 anos, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a implantação das políticas públicas de saúde, assiste-se a um substancial crescimento no campo da promoção da saúde, que vem impactando profundamente as concepções e práticas de saúde pública na atualidade.

Com as oportunidades de mercado de trabalho do médico veterinário no SUS e, recentemente, sua inserção no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), faz-se necessária uma resposta imediata que enfatize a necessidade de formação desse profissional para desenvolver competências e para integrar as equipes multiprofissionais no contexto do atual sistema de saúde, pois o desconhecimento e acomodação podem trazer sérias repercussões.

Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde é uma das competências e atribuições elencadas no Art. 200 do SUS (BRASIL, 1988).

As atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Medicina Veterinária (BRASIL, 2003) estabelecem que o profissional tenha formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, apto a compreender e traduzir as necessidades de indivíduos, grupos sociais e comunidades, com relação às atividades inerentes ao exercício profissional, no âmbito de seus campos específicos de atuação, entre eles a medicina preventiva, a saúde pública, a inspeção de produtos de origem animal e a proteção ao meio ambiente. Dentre as competências e habilidades no âmbito da Atenção à saúde, o médico veterinário, no seu âmbito profissional, deve estar apto a desenvolver ações de prevenção de doenças, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.

As DCN preveem disciplinas e conteúdos que devem garantir a competência para a atuação do médico veterinário na área de saúde pública. Porém, é difícil estabelecer em que nível as determinações são atendidas pelas diversas Faculdades do Brasil, e se os profissionais estão sendo habilitados, de fato, para o desafio que se apresenta com a sua inserção no NASF.

Alguns estudos vem sendo realizados no Brasil para avaliar o ensino da Medicina Veterinária. Pfuetzenreiter e Zylbersztajn (2004), em uma análise sobre os

currículos dos principais cursos do país, observaram discrepâncias entre as porcentagens dedicadas aos diversos estilos de pensamentos e demonstraram que a formação profissional do médico veterinário é deficiente na aplicação do conhecimento das áreas da Medicina Veterinária Preventiva e Saúde Pública, nas quais a carga horária desse conteúdo é muito pequena. Bürger (2010), em um estudo com questionários e análise de currículo realizado para diagnóstico de situação sobre a qualidade do ensino nos cursos de graduação em Medicina Veterinária do Estado de São Paulo, observou que as matrizes curriculares não contemplam de forma adequada todas as áreas de atuação da profissão médico veterinária, sendo que apenas 4,90% da carga horária total é destinada ao ensino da Medicina Veterinária Preventiva e Saúde Pública. Além das cargas horárias reduzidas, as disciplinas são oferecidas nos últimos períodos dos cursos, o que prejudica a aproximação do aluno à área.

Entende-se que, para atuar no NASF, o médico veterinário precisa conhecer a Estratégia da Saúde da Família (ESF); e para compreender ESF, é essencial um sólido conhecimento sobre o SUS e sua gênese, e os temas a ele relacionados, como Atenção Básica à Saúde, Vigilância em Saúde, Pacto pela Saúde, Legislação Orgânica de Saúde, Norma Operacional Básica de Saúde (NOBS), Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS), Políticas Públicas de Saúde, Doenças de Notificação Compulsória e Sistema de Informação em Saúde.

Desse modo, considerando a demanda por médicos veterinários que serão inseridos na atual estratégia de saúde, e a preocupação com a adequada formação acadêmica na área, idealizou-se o presente trabalho com o objetivo de avaliar o conhecimento de graduandos e graduados do Curso de Medicina Veterinária sobre temas relacionados ao SUS e à Atenção Primária em saúde, abordados durante a graduação. Espera-se, também, fornecer subsídios às entidades de classe, às autoridades de saúde competentes e às Faculdades de Medicina Veterinária para que sejam implementadas ações para a qualificação de médicos veterinários que devem atuar nas atuais Políticas Públicas de Saúde.

2. METODOLOGIA

O trabalho foi conduzido no Município de Patos, Estado da Paraíba, nordeste brasileiro. A escolha deste cenário deve-se ao fato desse município ser habilitado segundo a NOAS 01/02, destacando-se dentro do plano diretor de regionalização, pois a cobertura pela ESF abrange 100% da população local. Atualmente são 36 equipes da ESF, quatro NASF (sem presença do médico veterinário) e uma Faculdade pública de Medicina de Veterinária.

Os sujeitos escolhidos para atender os objetivos específicos da pesquisa foram os alunos de graduação do Curso de Medicina Veterinária do Centro de Saúde e Tecnologia Rural da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Câmpus VII, Patos/PB e os médicos veterinários da Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde de Patos/PB.

Estipulou-se trabalhar com os alunos matriculados no quinto, sexto, sétimo e oitavo períodos, que já haviam cursado a Disciplina Epidemiologia. Dos 141 alunos do Curso, apenas 135 participaram da pesquisa, e todos os dez médicos veterinários da Vigilância Sanitária, perfazendo 145 participantes.

O questionário foi elaborado no formato estruturado, adaptado com bases metodológicas conforme Markoni e Lakatos (1996) e composto de perguntas fechadas e formuladas de forma clara, concreta e precisa, com as alternativas tricotômicas de respostas () SIM, () NÃO ou () NÃO SEI.

Os conteúdos foram norteados pelo eixo temático *O ensino da Saúde Pública no Curso de Medicina Veterinária*. Os participantes deveriam refletir sobre o conhecimento adquirido numa abordagem dos temas trabalhados durante a graduação no Curso de Medicina Veterinária. O eixo foi dividido em dois blocos. O primeiro propunha avaliar o conhecimento sobre a construção do SUS: Sistema Único de Saúde; Leis orgânicas de saúde (LOS); Normas operacionais básicas de saúde (NOBS); Normas operacionais de assistência à saúde (NOAS); e Pacto pela Saúde. O segundo bloco avaliou o conhecimento sobre os modelos de atenção primária e promoção da saúde: Atenção básica à Saúde; Políticas públicas de saúde; Vigilância em saúde; Doenças de notificação compulsória; Sistema de informação em saúde; Estratégia Saúde da Família; e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Concedida a autorização para a realização da pesquisa, os questionários foram entregues à coordenação da Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde para que fossem distribuídos aos médicos veterinários. Na Faculdade, os alunos do Curso de Medicina Veterinária receberam o questionário no horário das aulas e os mesmos foram recolhidos logo após o preenchimento.

A cada grupo de sujeitos convidados a participar da pesquisa foi prestado esclarecimento quanto aos objetivos, metodologia e resultados esperados. A identidade dos participantes teve total garantia de sigilo e privacidade, ressaltando que os dados são confidenciais e serão utilizados apenas para o controle do pesquisador. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme orientações da Resolução 196/96 do CNS.

Após a aplicação dos questionários aos sujeitos participantes da pesquisa, os dados foram tabulados em planilhas de softwares Microsoft Office Excell 2010® e os resultados foram dispostos em tabelas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente pesquisa pode ser classificada como quali-quantitativa descritiva, com um total de 145 participantes.

Na Tabela 1 estão contidos os resultados do primeiro bloco que propunha conhecer os saberes sobre a construção do SUS adquiridos durante o Curso de graduação em Medicina Veterinária. Verifica-se que apenas 4% dos alunos afirmaram que os temas Sistema Único de Saúde e Lei Orgânica de Saúde foram abordados durante o curso; quanto aos demais temas Norma Operacional Básica de Saúde, Norma Operacional de Assistência à Saúde e Pacto pela Saúde, apenas 1% dos alunos responderam positivamente.

Quanto aos médicos veterinários, 20% responderam SIM quanto ao ensino dos temas Lei Orgânica de Saúde, Norma Operacional Básica de Saúde e Pacto pela Saúde, e para 30%, foram abordados os assuntos Sistema Único de Saúde e Norma Operacional de Assistência à Saúde.

Tabela 1. Resultado da aplicação do questionário ao responderem os participantes da pesquisa se os temas referentes à construção do SUS foram trabalhados durante sua graduação. Patos/PB, 2012.

Participante/Questão						
Resposta	Graduando*		Médico Veterinário**		Total	
	número	porcentagem	número	porcentagem	número	porcentagem
Sistema Único de Saúde						
SIM	5	4%	3	30%	8	6%
NÃO	101	75%	7	70%	108	74%
NÃO SEI	29	21%	0	0	29	20%
Lei Orgânica de Saúde						
SIM	5	4%	2	20%	7	5%
NÃO	73	54%	8	80%	81	56%
NÃO SEI	57	42%	0	0	57	39%
Norma Operacional Básica de Saúde						
SIM	2	1%	2	20%	4	3%
NÃO	76	56%	8	80%	84	58%
NÃO SEI	57	42%	0	0	57	39%
Norma Operacional de Assistência à Saúde						
SIM	2	1%	3	30%	5	3%
NÃO	78	58%	7	70%	85	59%
NÃO SEI	55	41%	0	0	55	38%
Pacto pela saúde						
SIM	2	1%	2	20%	4	3%
NÃO	80	59%	8	80%	88	61%
NÃO SEI	53	39%	0	0	53	36%
Total	135	100%	10	100%	145	100%

*UFCEG – Universidade Federal de Campina Grande, Câmpus VII, Patos/PB

** da Vigilância Sanitária da Secretaria da Saúde de Patos/PB

Na Tabela 2 observam-se os resultados correspondentes ao ensino de temas relacionados à construção da estrutura dos modelos de atenção primária à saúde.

Dos 135 graduandos do Curso de Medicina Veterinária, apenas 2% a 4% sabiam se os temas Sistema de Informação em Saúde, Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio Saúde da Família haviam sido abordados durante a graduação. Noventa e um (91%), 82% e 70% responderam que os temas Políticas Públicas de Saúde, Atenção Básica em Saúde e Doenças de Notificação Compulsória, respectivamente, não foram abordados durante o curso.

Tabela 2. Resultado da aplicação do questionário ao responderem os participantes da pesquisa se os temas referentes aos modelos de atenção primária à saúde foram trabalhados durante sua graduação. Patos/PB, 2012.

Participante/Questão						
Resposta	Graduando*		Médicos Veterinário**		Total	
	número	porcentagem	número	porcentagem	número	porcentagem
Atenção Básica a Saúde						
SIM	24	18%	1	10%	25	17%
NÃO	86	64%	9	90%	95	66%
NÃO SEI	25	18%	0	0	25	17%
Políticas Públicas de Saúde						
SIM	12	9%	2	20%	14	10%
NÃO	88	65%	8	80%	96	66%
NÃO SEI	35	26%	0	0	35	24%
Vigilância em Saúde						
SIM	51	38%	3	30%	54	37%
NÃO	54	40%	7	70%	61	42%
NÃO SEI	30	22%	0	0	30	21%
Doenças de Notificação Compulsória						
SIM	41	30%	5	50%	46	32%
NÃO	49	36%	5	50%	54	37%
NÃO SEI	45	33%	0	0	45	31%
Sistema de Informação em Saúde						
SIM	3	2%	4	40%	7	5%
NÃO	78	58%	6	60%	84	58%
NÃO SEI	54	40%	0	0	54	37%
Estratégia Saúde da Família						
SIM	5	4%	3	30%	8	5%
NÃO	81	60%	7	70%	88	61%
NÃO SEI	49	36%	0	0	49	34%
Núcleo de Apoio a Saúde da Família						
SIM	3	2%	2	20%	5	3%
NÃO	80	59%	8	80%	88	61%
NÃO SEI	53	39%	0	0	53	36%
TOTAL	135	100%	10	100%	145	100%

*UFPG – Universidade Federal de Campina Grande, Câmpus VII, Patos/PB

** da Vigilância Sanitária da Secretaria da Saúde de Patos/PB

Quanto aos 10 médicos veterinários respondentes, a maioria (70% a 90%) declarou não ter trabalhado no seu curso de graduação os temas que norteiam a Atenção Básica à Saúde, nem sobre Políticas Públicas, Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família. A metade deles, porém, afirmou que o conteúdo de doenças de notificação compulsória foi abordado, e quatro responderam positivamente quanto ao tema Sistema de Informação em Saúde. Isso parece contraditório, sugerindo que, no ensino da Medicina Veterinária, as doenças de notificação compulsória podem fazer parte do conteúdo de algumas disciplinas, como Doenças Infecciosas, Zoonoses e Epidemiologia.

Os resultados apresentados nas Tabelas 1 e 2 apontam importantes desafios a serem enfrentados para aprimorar o conhecimento do médico veterinário na área de Saúde Pública, preparando-o para a sua inserção e trabalho em equipes do NASF e em todas as áreas de competência do SUS.

De acordo com a OPAS (2003), a preocupação com a formação em Saúde Pública na Medicina Veterinária não é recente, uma vez que já em 1946 a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu a Saúde Pública Veterinária, designando atribuições para o profissional na área.

Alguns trabalhos no Brasil vem abordando o assunto *ensino da Saúde Pública* na Medicina Veterinária há algum tempo. Arâmbulo e Ruiz (1992) já afirmavam que as escolas de Medicina Veterinária não enfatizam a capacitação nesse setor. Segundo Pfuetzenreiter e Zylbersztajn (2004), a formação do médico veterinário dá pouca ênfase aos conteúdos de Saúde Pública e Medicina Preventiva durante o curso de graduação, por isso o profissional médico veterinário é deficiente na aplicação do conhecimento dessas áreas, o que pode enfraquecer a visão social e coletiva deste profissional.

Para Menezes (2005), a maioria dos cursos de Medicina Veterinária no Brasil não possui uma estrutura favorável ao desenvolvimento de atividades práticas relativas à Saúde Pública, o que dificulta a ocupação de novos espaços nessa área. Além de aprimorar os conteúdos teóricos das disciplinas de Saúde Pública, os cursos precisam proporcionar oportunidades para a realização de atividades práticas com o objetivo de preparar melhor o profissional para esse mercado de trabalho emergente. Segundo Lima Jr. (2001), a formação estritamente acadêmica, com

pouca ou nenhuma experiência junto aos serviços de saúde coletiva, impossibilita o ensino com propriedade e fundamentado em uma visão sistêmica voltada para a solução de problemas reais. E muitas vezes o profissional é lançado ao mercado de trabalho sem estar preparado para os desafios que deverá enfrentar na profissão. De acordo com Pfuetzenreiter (2003), o profissional médico veterinário pode não interagir de forma adequada com as questões da saúde coletiva, por não ter tido espaço suficiente para desenvolver esta concepção durante o curso de graduação.

Assim, um dos desafios para os médicos veterinários do século XXI está na ênfase de uma formação em que se destaca a Saúde Pública e na qual o esse profissional tenha um nível de competências consistentes com as demandas da sociedade. O reconhecimento da importância da profissão Medicina Veterinária para a sociedade está na dependência de sua relevância social (NIELSEN,1997). Outro desafio a ser vencido, relacionado à construção da identidade profissional, é a efetiva integração do médico veterinário na equipe de saúde (CNSPV, 2009). Por isso, torna-se cada vez mais necessária a consolidação das posições conquistadas por esse profissional (MENEZES, 2005).

Segundo Hendrix et al. (2005), a profissão veterinária não deve esperar para ser requisitada, mas sim ir atrás das oportunidades de atuar na promoção da saúde e na prevenção de doenças nas suas comunidades.

4. CONCLUSÃO

Após a análise dos resultados referentes aos questionários aplicados aos graduandos do Curso de Medicina Veterinária e aos médicos veterinários, buscando atender o objetivo específico da pesquisa, conclui-se que tanto os estudantes como os profissionais médicos veterinários reconhecem que a maioria dos temas sobre a construção do SUS e os modelos de Atenção Primária à Saúde não foram abordados durante a graduação, demonstrando a deficiência do ensino na área de Políticas Públicas de Saúde.

A instituição de ensino de Medicina Veterinária, no seu contexto de ensino, pesquisa e extensão, tem o dever de preparar profissionais para atender a área de

saúde. Deve reformular suas estruturas curriculares e criar novas oportunidades de atualização e aperfeiçoamento para os profissionais da área, com Cursos de Especialização, Capacitação, Treinamento e Extensão Universitária, oferecendo uma educação mais voltada para a saúde pública e com o desenvolvimento de uma medicina veterinária populacional.

O diagnóstico fornecido pela pesquisa aponta importantes desafios a serem enfrentados para aprimorar o conhecimento do médico veterinário na área da Saúde Pública, em especial sobre a construção do SUS e os modelos de Atenção Primária à Saúde.

Embora o presente estudo tenha considerado amostra representativa de um único município, provavelmente possam ser encontrados resultados semelhantes em outras cidades brasileiras. Novas pesquisas deverão ser desenvolvidas para ampliar o diagnóstico situacional sobre a inserção do médico veterinário no NASF.

5. REFERÊNCIAS³

ARÂMBULO, P.; RUIZ, A. Situación actual y futura de la medicina veterinária. **Educación Médica y Salud**, v.26, n. 2, p. 263-276, 1992.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988. 292 p.

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

BÜRGER, K. P. **O ensino de Saúde Pública Veterinária nos cursos de graduação em Medicina Veterinária no Estado de São Paulo**. 2010. 129 f. Tese (Doutorado em Medicina Veterinária) – Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Jaboticabal, 2010.

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA VETERINÁRIA – CNSPV. O Médico Veterinário, a estratégia de saúde da família e o NASF. **Revista CFMV**, a. 15, n. 48, p. 9-14, 2009.

HENDRIX, C.M, THOMPSON, I., MACCABE, A.T., HENDRIX, C.R. An interprofessional role for veterinary medicine in human health promotion and disease prevention. **Journal of Interprofessional Care**, vol.19, n.1, 2005.

LIMA JÚNIOR, A. D. O Ensino de Saúde Pública em Medicina Veterinária. **Revista do CFMV**. Ano VII, n. 22, p. 59-64, 2001.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento em execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração análise e interpretação de dados**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MENEZES, C. C. F. A importância do Médico Veterinário na Saúde Pública. Fortaleza, UECE, 2005, 54p. Dissertação (Monografia) – Conclusão do curso de graduação, Faculdade de Medicina Veterinária. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2005.

NIELSEN, N. O. Reshaping the veterinary medical profession for the next century. *Journal of American Veterinary Medical Association*, v. 210, n. 9, p. 1272-1274, 1997.

OPAS - Organización Panamericana de la Salud; Tendências Futuras de la Salud Pública Veterinária **Publicación de la Oficina Sanitaria Panamericana**. 2003, 103p.

PFUETZENREITER, M. R. **O ensino da medicina veterinária preventiva e saúde pública nos cursos de medicina veterinária**. 2003. 459 f. Tese (Doutorado em Educação), Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

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

³ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 6023: informação e documentação: referências; elaboração*. Rio de Janeiro, 2002. 23 p.

CAPÍTULO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSTAS

Diante dos desafios a serem enfrentados pelos médicos veterinários com a sua inserção no NASF, surgem os seguintes questionamentos: quando os alunos do Curso de Medicina Veterinária, os médicos veterinários e a sociedade irão entender a importância deste profissional para a saúde pública e a necessidade de sua inserção no Núcleo de Apoio à Saúde da Família? Onde e como tratar este assunto?

Na expectativa de responder a esses questionamentos, são apresentadas aqui sugestões e propostas para ações de curto, médio e longo prazo a serem desempenhadas pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária, em consonância com os Conselhos Regionais, e suas Comissões de Saúde Pública Veterinária e de Ensino, além das Instituições de Ensino Superior públicas e privadas.

1. Sugestões aos Conselhos Federal e Regionais de Medicina Veterinária

1.1 Elaborar um manual sobre “O Médico Veterinário e o seu papel no NASF”, que seria amplamente distribuído pelos Conselhos Regionais aos profissionais que atuam nas áreas da Saúde e do Meio Ambiente. Competiria também aos CRMV a sensibilização das autoridades políticas dos governos estadual e municipal (poder executivo, legislativo e judiciário) e dos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, sobre a necessidade do médico veterinário na equipe de apoio à Estratégia Saúde da Família para desenvolver ações de caráter multidisciplinar quanto à promoção da saúde, prevenção e controle de doenças e agravos, além de manejo técnico das questões ambientais e de circulação de agentes e patógenos no território e domicílios.

1.2 Definidas as competências do médico veterinário no NASF, os CFMV e os CRMV promoveriam um Curso de Capacitação sobre a inserção do médico veterinário no NASF, a ser oferecido a todos os médicos veterinários inscritos nos respectivos conselhos dos estados brasileiros. Os temas deverão suprir a deficiência de conhecimento sobre o SUS e as políticas públicas de saúde.

1.3 Caberia aos médicos veterinários capacitados divulgar e apresentar as suas competências para atuação no NASF, utilizando espaços como as próprias ESF, o Conselho Municipal de Saúde, a Câmara de vereadores e todos os veículos de comunicação local. É essencial que toda a sociedade saiba e reconheça a importância do Médico Veterinário frente aos modelos de atenção primária e as atuais políticas públicas de saúde.

1.4 O Presidente do Conselho Federal de Medicina Veterinária poderia instituir, legalmente, a Conferência Nacional de Saúde Pública Veterinária, que seria realizada a cada quatro anos em Brasília/DF e abrangeria duas etapas – estadual e nacional, sob a supervisão dos CRMV e das Comissões Federal e Regionais de Saúde Pública Veterinária.

Na Conferência Nacional seriam apresentados os relatórios finais da etapa estadual, por um representante de cada Conselho Regional de Medicina Veterinária. Teriam direito a voto todos os participantes, e à voz, para a defesa do documento, um representante do Conselho Regional e outro da Comissão de Saúde Pública Veterinária de cada Estado.

A primeira edição da Conferência teria como lema “O papel do Médico Veterinário frente às atuais Políticas Públicas de Saúde”, com três eixos temáticos: I. A construção do Sistema Único de Saúde, fortalecendo os compromissos do médico veterinário; II. Os modelos de atenção primária e promoção da saúde; III. Reafirmação de competências do Médico Veterinário e prioridades para as Políticas Públicas de Saúde.

1.5 Os CRMV poderiam implantar, em seus respectivos estados, uma Unidade de Educação Continuada junto à sua Comissão Regional de Ensino, realizando fóruns contínuos sobre a formação do médico veterinário para a área da saúde pública.

1.6 O CFMV, por meio das Comissões Nacionais de Ensino e de Saúde Pública Veterinária, poderia articular junto ao MEC para que conste nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina Veterinária a indicação de inclusão da Disciplina Políticas Públicas de Saúde na matriz curricular.

2. Sugestões às Instituições de Ensino Superior

As Universidades são instituições que existem para atender as necessidades das comunidades. Essas instituições estão associadas ao desenvolvimento não apenas cultural, mas também econômico, social e político, sendo os espaços destinados para a produção de conhecimento e a formação de cidadãos.

Um ensino de qualidade é aquele que aponta para a construção do conhecimento e que promove essa construção na atuação. A sociedade brasileira tem uma grande expectativa em relação à formação universitária, por isso faz-se necessário que o ensino seja eficaz no desenvolvimento de competências. Neste sentido, o ensino, a pesquisa e a extensão são as funções básicas de uma Universidade comprometida com a formação integral do indivíduo e sua inserção na comunidade. Portanto, a formação do médico veterinário deve ser generalista e compreender as abordagens relacionadas à Saúde Pública.

Sugere-se, assim:

- Que no ensino da graduação, a priori, os conteúdos programáticos relacionados ao tema sejam adequados ou incluídos em disciplinas já existentes no bloco da Medicina Veterinária Preventiva, tais como Zoonoses e Saúde Pública. As ementas devem prever eixos temáticos referentes à construção do Sistema Único de Saúde, modelos de Atenção Primária e Promoção da Saúde. Posteriormente, após a autorização do MEC, a disciplina Políticas Públicas de Saúde seria implantada na estrutura curricular.

- Que nos cursos *Lato Sensu* na área de Saúde Pública ou Saúde Coletiva com ênfase na Estratégia Saúde da Família/NASF, com carga horária mínima de 360 horas, os títulos de especialistas sejam validados pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária e pela Comissão Nacional de Saúde Pública Veterinária.

- Que nos cursos de mestrado e doutorado em Medicina Veterinária, área em Medicina Veterinária Preventiva, seja implantada uma linha de pesquisa em Políticas Públicas de Saúde.

- Que seja viabilizada a Residência Multiprofissional visando a capacitação de médicos veterinários para os serviços de saúde, especialmente no NASF.

- Que os docentes do Curso de Medicina Veterinária sejam capacitados para compreender os paradigmas e perspectivas da nova tendência de políticas públicas

de saúde e para desenvolver estratégias de ensino/aprendizagem que preparem os discentes para esse desafio.

- Que sejam constituídos, abrangendo os diferentes segmentos da Unidade Universitária, os Núcleos ou Grupos de Estudo em Políticas Públicas de Saúde.

- Que as instituições de ensino superior celebrem convênios com a Prefeitura/Secretaria Municipal de Saúde os quais possam permitir a implantação da Residência Multiprofissional e a oportunidade de campo de estágio aos alunos do Curso de Medicina Veterinária na Vigilância em Saúde (Epidemiológica, Sanitária e Ambiental), e também nas ESF.

- Que os alunos sejam estimulados a participar das reuniões do Conselho de Saúde do seu município e, após formados, procurem ser representante de sua classe profissional junto a esses Conselhos.

3. Proposta de competências para o médico veterinário do NASF

1. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.
2. Conhecer a população adscrita (animal e humana) do território de ação.
3. Identificar áreas de riscos e pontos de vulnerabilidade das doenças transmissíveis por animais.
4. Orientar visita domiciliária, programática e rotineira, para avaliação dos elementos da tríade homem X ambiente X animal, conduzindo a um diagnóstico situacional.
5. Participar de estudos epidemiológicos com análise dos determinantes sócio-econômicos e político-culturais no processo saúde e doença das populações adscritas.
6. Orientar a busca ativa em situações de importância local e a notificação de doenças compulsórias e outros agravos, em especial de caráter zoonótico, inclusive aqueles causados por animais peçonhentos.
7. Desenvolver, junto com a equipe multiprofissional do Núcleo e com a participação da comunidade de abrangência territorial, ações voltadas à vigilância em saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, no tocante

às atividades básicas de saneamento: destino adequado dos dejetos e resíduos; controle de insetos, roedores, vetores; controle da qualidade da água e manipulação higiênica de alimentos.

8. Promover ações de prevenção e controle das doenças transmitidas por alimentos.
9. Recorrer aos Serviços de Vigilância em Saúde (Sanitária, Epidemiológica e Ambiental), como referência em nível local, para o encaminhamento e acompanhamento de casos, quando necessário.
10. Realizar ações educativas regulares, em espaços comunitários e, sempre que necessário, por meio de visitas domiciliares.
11. Envolver-se para a promoção de um atendimento humanizado aos usuários da rede de saúde, para que seja estabelecido o vínculo da equipe de saúde com a população.
12. Desenvolver os trabalhos e buscar as soluções com o apoio do matriciamento e do projeto singular terapêutico.
13. Participar do planejamento de ações e das reuniões com as equipes de ESF e NASF.
14. Orientar para o preenchimento da ficha de atendimento, alimentar o sistema de informação em saúde e avaliar os dados.

As ações específicas a cada uma das competências serão definidas de acordo com as particularidades dos territórios delimitados. A implementação dessas ações, 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. O principal desafio é o de ampliar as fronteiras de atuação na assistência à população dos territórios visando uma maior e mais completa resolução dos problemas de saúde.

APÊNDICE A – Modelo do questionário aplicado aos graduandos de Medicina Veterinária da UFCG – Patos/PB e aos Médicos Veterinários da Secretaria Municipal de Saúde - Patos/PB.

QUESTIONÁRIO

Médico Veterinário

Graduando de Medicina Veterinária

I. NA SUA OPINIÃO, EXISTE UMA RELAÇÃO ENTRE:

1. A Medicina Veterinária e Políticas Públicas de Saúde?
() Sim () Não () Não sei
2. A Medicina Veterinária e Sistema Único de Saúde (SUS)?
() Sim () Não () Não sei
3. A Medicina Veterinária e Atenção Básica em Saúde?
() Sim () Não () Não sei
4. A Medicina Veterinária e Vigilância em Saúde?
() Sim () Não () Não sei
5. A Medicina Veterinária e Doenças de Notificação Compulsórias?
() Sim () Não () Não sei

II. VOCÊ TEM CONHECIMENTO:

6. Da Inserção do Médico Veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)?
() Sim () Não
7. Se a presença do Médico Veterinário irá fortalecer o NASF?
() Sim () Não () Não sei
8. Sobre os Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde?
() Sim () Não
9. Se a Saúde do seu município é municipalizada?
() Sim () Não
10. Se o Sistema Único de Saúde está respaldado pela Constituição Federal de 1988?
() Sim () Não
11. Das Normas Técnicas da Estratégia Saúde da Família?
() Sim () Não
12. De que é formada a Estratégia Saúde da Família?
() Sim () Não

III. OS TEMAS CITADOS ABAIXO FORAM TRABALHADOS DURANTE SEU CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA VETERINÁRIA:

01. Atenção Básica em Saúde
 Sim Não Não sei
02. Sistema Único de Saúde
 Sim Não Não sei
03. Vigilância em Saúde
 Sim Não Não sei
04. Políticas Públicas em Saúde
 Sim Não Não sei
05. Doenças de Notificação Compulsória - Ministério da Saúde
 Sim Não Não sei
06. Sistema de Informação em Saúde
 Sim Não Não sei
07. Leis Orgânicas de Saúde
 Sim Não Não sei
08. Normas Operacionais Básicas em Saúde
 Sim Não Não sei
09. Normas Operacionais de Assistência em Saúde.
 Sim Não Não sei
10. Programa Saúde da Família
 Sim Não Não sei
11. Núcleo de Apoio à Saúde da Família
 Sim Não Não sei
12. Pacto pela Saúde
 Sim Não Não sei

APÊNDICE B – Modelo do questionário aplicado nas 36 equipes da Estratégia Saúde da Família, (a médicos, enfermeiros e odontólogos) da Secretaria Municipal de Saúde - Patos/PB.

QUESTIONÁRIO

Médico

Enfermeiro

Odontólogo

I. NA SUA OPINIÃO, EXISTE UMA RELAÇÃO ENTRE:

1. A Medicina Veterinária e Políticas Públicas de Saúde?
() Sim () Não () Não sei
2. A Medicina Veterinária e Sistema Único de Saúde (SUS)?
() Sim () Não () Não sei
3. A Medicina Veterinária e Atenção Básica em Saúde?
() Sim () Não () Não sei
4. A Medicina Veterinária e Vigilância em Saúde?
() Sim () Não () Não sei
5. A Medicina Veterinária e Doenças de Notificação Compulsórias?
() Sim () Não () Não sei

II. VOCÊ TEM CONHECIMENTO:

6. Sobre a Inserção do Médico Veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)?
() Sim () Não
7. Se a presença do Médico Veterinário irá fortalecer o NASF?
() Sim () Não () Não sei

ANEXO I - Termo de Autorização da Coordenação de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde, para a realização da pesquisa na Rede Municipal de Saúde.



ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE PATOS

**AUTORIZAÇÃO
PARA PESQUISA**

Comunicamos que o estudante **MAURÍCIO MACHADO DE ARAÚJO**, aluno de Doutorado em Medicina Veterinária Preventiva-UNESP/Jaboticabal-SP, CPF: 299.651.104-25, está autorizado a realizar pesquisa de trabalho científico intitulada: "*Médico Veterinário: Avanços e desafios da inserção na equipe de trabalho do núcleo de apoio a saúde da família na 3ª Macrorregião de Saúde do Estado da Paraíba*", através da aplicação de questionário, a ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde (incluindo Coordenadoras de DGA e da Atenção Básica) e Vigilância Sanitária e Epidemiológica, sem vínculo empregatício e sem remuneração com datas e horários a ser combinado com os respectivos diretores de centro.

Patos - PB, 06 de Janeiro de 2012

Pl Islanny Airo Leite
CARLEUSA GONÇALVES FIGUEIREDO
Coordenadora do Setor Pessoal

ANEXO II - Modelo do Termo de consentimento livre e esclarecido entregue a todos os participantes da pesquisa, preenchido pelos mesmos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa intitulada “MÉDICO VETERINÁRIO: AVANÇOS E DESAFIOS DA INSERÇÃO NA EQUIPE DE TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIO SAÚDE DA FAMÍLIA NA 3ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA”, tem como objetivo geral identificar os desafios da inserção do Médico Veterinário na equipe de trabalho no Núcleo de Apoio Saúde da Família.

A pesquisa pretende identificar o conhecimento, o reconhecimento e a necessidade da atuação do Médico Veterinário enquanto ação da gestão do programa; avaliar o nível de conhecimento da equipe da Estratégia Saúde da Família e do NASF frente às situações de zoonoses e a ação do Médico Veterinário nesse processo; avaliar o nível de conhecimento dos Médicos Veterinários sobre Políticas Públicas de Saúde; identificar a atuação do Médico Veterinário na atenção primária e promoção da Saúde; avaliar o nível de conhecimento dos graduandos do curso de Medicina Veterinária sobre Políticas Públicas de Saúde.

A participação na pesquisa será de grande importância para que se alcancem os objetivos propostos. No entanto, os participantes têm total liberdade de recusar ou de retirar o consentimento, sem qualquer penalização, e poderão fazê-lo através do contato com o pesquisador responsável pelo projeto, **Maurício Machado de Araújo**, telefones: **(83) 9800-4980 Tim** e **(83) 9129-7300 Claro**, ou pelo email: mauriciomedprev@hotmail.com. A identidade dos participantes terá total garantia de sigilo e privacidade e os dados serão utilizados apenas para controle do pesquisador, portanto, confidenciais. Os dados coletados serão unicamente utilizados para a realização deste trabalho.

Maurício Machado de Araújo
Pesquisador Responsável
Matricula UNESP-88914-1
CRMV-PB 00398

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa intitulada “MÉDICO VETERINÁRIO: AVANÇOS E DESAFIOS DA INSERÇÃO NA EQUIPE DE TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIOSAÚDE DA FAMÍLIA NA 3ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA”, e concordo em participar da mesma.

Patos, ____ de _____ 2012

Assinatura: _____

RG: _____