

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO À DISTÂNCIA
ESPECIALIZAÇÃO *LATO-SENSU* EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

**O PAPEL DO MÉDICO VETERINÁRIO NOS
NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
(NASF)**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO *LATO-SENSU*

Karla Ferreira Fontoura

Picada Café, RS, Brasil

2014

O PAPEL DO MÉDICO VETERINÁRIO NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Karla Ferreira Fontoura

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação à Distância,
Especialização *Lato-Sensu* em Gestão de Organização Pública em
Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como
requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.

Orientador: Enf. Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva

Picada Café, RS, Brasil

2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO À DISTÂNCIA
ESPECIALIZAÇÃO LATO-SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a
Monografia de Especialização *Latu-Sensu*

**O PAPEL DO MÉDICO VETERINÁRIO NOS NÚCLEOS DE APOIO
À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)**

Elaborado por
Karla Ferreira Fontoura

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública

COMISSÃO EXAMINADORA:

**Enf^o. Prof. Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva
(Presidente/Orientador)**

Enf^a Prof^a. Dr^a. Marinês Tambara Leite (UFSM)

Enf^o Prof. Dr. Rafael Marcelo Soder (UFSM)

Suplente: Enf^a. Prof^a. Esp. Adriane dos Santos (UFSM)

Picada Café, 01 dezembro de 2014.

DEDICATÓRIA

Como não podia deixar de ser, dedico este trabalho a meus eternos, amados e queridos pais: Perácio “Pepê” Ávila Fontoura (1938-2013), por todas as grandes lições de vida que ele me proporcionou, sendo as maiores e principais, o amor pelas letras, a vontade de sempre querer *saber* mais, o senso crítico aguçado e o amor pela família, acima de tudo; e Marli “Lili” Ferreira Fontoura (1940-2014), que foi minha primeira professora, sobre muitos assuntos, dentre os quais, me ensinou a ler e a escrever e sempre disse que a única herança que nos podia deixar era a educação. Sei que vocês estão orgulhosos de mim, onde quer que vocês estejam. Nunca vou deixar de amar vocês dois.

Também o dedico a meu marido, o Enfermeiro Especialista em Gestão Pública e Saúde Pública João Paulo Pinto, meu maior incentivador nesta busca por este Título, o cara que não me deixou desistir nunca, apesar de todas as adversidades que ocorreram durante o curso. Te amo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

Novamente, ao João Paulo, sem ele, este trabalho não teria sido concluído;

A todos os familiares, amigos e colegas que sempre tiveram uma palavra de carinho e incentivo, nas horas mais difíceis, em especial à Patrícia Costa, por traduzir o Resumo para *Abstract*; ao Alexandre Pires, pela busca incansável por material bibliográfico; à Marta Elena Espinoza, pela tradução das citações em espanhol; à Cecília T. Pinto, por me ajudar com a formatação deste trabalho e à Míriam Isabela Bellaguarda Corrêa, por escrever a minha epígrafe;

Aos colegas de curso, do Grupo dos Smurffs, pela parceria que se criou entre nós: Greice da Silva, Letícia Sorgetz, Luciane de Oliveira Machado e Marcelo Benetti Selau, além dos queridos Tânia Faulstich e Augusto Fassina;

Ao tutor Thomas Eldon Hepp, por todo o carinho que teve conosco durante todo o curso;

Aos colegas do CRMVRS, com quem só falei por e-mail, mas que me ajudaram muito, tanto a decidir pelo tema deste Trabalho de Conclusão de Curso, quanto com a indicação da literatura e legislação disponíveis, Médicos Veterinários MV José Pedro Martins, MV Mateus Costa Lange e MV Carlos Flávio Barbosa da Silva;

À Bibliotecária Lia Mara Becker Dilelio, da Biblioteca da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, pela ajuda na busca do material literário necessário a esta revisão bibliográfica;

E, não menos importante, a meu orientador, Enfermeiro Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva, por ter tido muita, mas muita paciência mesmo para resolver todas as minhas dúvidas e desesperos.

Não somos apenas doutores de cães e gatos, vacas, ovelhas, cabras e de outros animais; somos parte essencial também para a saúde humana, pois sempre haverá um Médico(a) Veterinário(a) por trás de toda alimentação de origem animal procurando certificar que este alimento estará apto para o consumo, não esquecendo também de que muitos avanços da medicina humana tiveram a nossa ajuda e que o maior especialista em zoonoses somos nós, por isso devemos nos orgulhar desta nossa profissão maravilhosa.

MV Míriam Isabela Bellaguarda Corrêa

RESUMO

Monografia de Especialização *Lato-sensu*
Curso de Pós-Graduação à Distância
Especialização *Lato-Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

O PAPEL DO MÉDICO VETERINÁRIO NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

AUTORA: KARLA FERREIRA FONTOURA
ORIENTADOR: ENF. DR. LUIZ ANILDO ANACLETO DA SILVA

Picada Café, 01 de dezembro de 2014.

A Medicina Veterinária é uma das profissões do âmbito da saúde e, apesar de intimamente ligada à Saúde Pública, pouco é reconhecida por este mérito. A Atenção Básica à Saúde no Brasil tem como principal porta de entrada ao sistema a Estratégia Saúde da Família, que se compõem por equipes multiprofissionais (basicamente Médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e de saúde bucal e agentes comunitários de saúde), que atendem diretamente à clientela de um território de saúde. A partir de 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que visam dar apoio técnico às equipes de Saúde da Família (eSF), ou seja, ajudar tecnicamente na solução de problemas ou dúvidas que as eSF tenham e são compostos por uma extensa lista de profissionais da saúde; porém, entre 2008 e 2011, a Medicina Veterinária não tinha amparo legal para compor os NASF, situação que mudou com a Portaria nº 2.488/2011 do GM/MS. Desde então, os Médicos Veterinários passam a ser reconhecidos como agentes de saúde pública *humana* e podem trabalhar na formulação de ações de saúde pública, de maneira a dar suporte técnico às eSF às quais estiverem ligados, contribuindo “para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios” (CFMV, 2013), em especial aqueles problemas ligados às antropozoonoses ou à atenção e conservação dos alimentos de origem animal.

Palavras-chave:

Médico Veterinário; NASF; Atenção Básica à Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

Monograph for *Lato-Sensu* Specialization
Post-graduation Distance Course
Lato-Sensu Specialization in Management of Health Public Organization
Universidade Federal de Santa Maria

THE ROLE OF THE VETERINARIAN IN THE FAMILY HEALTH SUPPORT CENTERS (NASFs)

AUTHOR: KARLA FERREIRA FONTOURA
ADVISER: ENF. DR. LUIZ ANILDO ANACLETO DA SILVA

Picada Café, 1st December 2014.

Veterinary Medicine is one of the professions encompassed by the health area and it is closely linked to Public Health. Nonetheless, it is rarely recognized for this merit. The main gateway to the Basic Health Care system in Brazil is the Family Health Strategy, made up of multidisciplinary teams (doctors, nurses, dentists, nursing and dental technicians, and community health agents) that work directly with the clientele of a health territory. Since 2008, Family Health Support Centers (NASF) have been set up in order to provide technical support to the Family Health teams (eSFs), i.e., help solve problems or doubts that the eSFs might have. These NASF are composed of an extensive list of health care professionals. However, between 2008 and 2011, Veterinary Medicine had no legal support to compose NASF. This situation changed with Decree No. 2.488/2011 from the Ministry of Health. Since then, Veterinarians have been recognized as *human* public health agents and can, therefore, work in the development of public health actions to provide technical support to the eSFs they are linked to. "This contributes to the comprehensiveness of the care given to the users of the National Public Health System (SUS), mainly through clinical expansion. It helps to increase the analysis and intervention capacity regarding health issues and needs, in clinical as well as in health and environmental terms inside the territories." (National Board of Veterinary Medical Examiners, 2013). This is especially true for those problems connected to antropozoonoses or care and preservation of foods of animal origin.

Key words:

Veterinarian; NASF; Basic Health Care; Public Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS/APS	Atenção Básica à Saúde/Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
CFMV	Conselho Federal de Medicina Veterinária
CNSPV	Conselho Nacional de Saúde Pública Veterinária
CRMV	Conselho(s) Regional(ais) de Medicina Veterinária
DAB	Departamento de Atenção Básica à Saúde, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde
eNASF	equipe Núcleo de Apoio à Saúde da Família
eSF	equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAO	Fundo das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
FMV/UNESP	Faculdade de Medicina Veterinária da Universidade Estadual Paulista
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
GM	Gabinete do Ministro
MS	Ministério da Saúde
MV/MVs	Médico Veterinário/ Médicos Veterinários
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OIE	Organização Mundial de Saúde Animal
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ/AMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Programa Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Modelo de Ofício Circular para ser enviado a Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde	43
---	-----------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Modalidades de Equipe NASF	22
Quadro 2 - Número máximo de equipes NASF (eNASF)/município para que o município faça jus aos recursos específicos do Fundo Nacional de Saúde.....	24
Quadro 3 - Legislação que rege os NASF.....	25
Quadro 4 - Doenças de notificação compulsória.....	32

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
MÉTODO.....	15
RESULTADOS.....	16
1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF), ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF).....	16
1.1 Atenção Básica à Saúde, Programa Saúde da Família (PSF) e Estratégia Saúde da Família (ESF)	16
1.2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).....	19
1.2.1 Vinculação, Modalidades, composição e recursos financeiros do NASF	21
1.2.2 Legislação que rege os NASF	24
1.2.3 O NASF no Brasil	25
2 A MEDICINA VETERINÁRIA, A SAÚDE PÚBLICA E A SAÚDE PÚBLICA VETERINÁRIA.....	26
3 O PAPEL DO MÉDICO VETERINÁRIO NOS NASF	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS.....	40

INTRODUÇÃO

A Medicina Veterinária é um ramo da área da saúde pouco conhecido, na sua total e real abrangência, pela sociedade de uma forma geral.

A maioria das pessoas quando pensa em um Médico Veterinário (MV), associa-o com o cuidado animal, seja como médico, literalmente, que cuida da saúde dos cães e gatos, nos consultórios, seja como aquele colega nas lidas do campo. O que maior parte das pessoas desconhece é que em praticamente todas as suas rotinas de vida existe, ou existiu, a mão de um MV para garantir a sua qualidade de vida.

Toda vez que levamos nosso animalzinho de estimação ao consultório, para *check-up* de rotina, vacinação ou tratamento, estamos mantendo este animal saudável, não só para ele próprio, mas também para que eles não transmitam doenças para as pessoas do seu convívio.

Quando MVs apregoam a esterilização em massa, principalmente de “bichos de rua”, estão tentando evitar que mais seres “vadios” fiquem espalhando zoonoses¹ por onde circulam.

Sem contar os animais de trabalho, como cães policiais ou pastores, os bovinos de tração e os cavalos de lida; quem garante a sua saúde, para que possam exercer seus papéis a contento?

Temos ainda os MV responsáveis pela saúde dos animais exóticos ou silvestres que habitam os zoológicos e os que trabalham com conservadorismo de espécies.

Quando o MV está a campo, atendendo aos criadores de bovinos, bubalinos, ovinos, caprinos, suínos, aves, coelhos, avestruzes ou qualquer outra espécie que virá a se tornar um dos alimentos nossos de cada dia, este MV está garantindo que estes animais sejam enviados em ótimo estado de saúde para a indústria frigorífica.

A partir daqui entra em cena a figura do MV do Serviço de Inspeção (federal, estadual ou municipal), que vai atestar a sanidade destas carnes para consumo humano, ou vai rejeitá-las. Da mesma forma agem os MVs que trabalham com os criadores de animais produtores de leite, ovos e mel e os que trabalham na sua inspeção.

¹ Zoonoses: doenças que são naturalmente transmitidas entre humanos e animais vertebrados (NEVES, 1982, p.5).

Então, toda vez que alguém consome um produto de origem animal, lá está o MV. Já pensaram que toda vez que se consome uma bolachinha recheada ou uma sobremesa industrializada (até mesmo a ingênua gelatina), existiu um MV que aprovou os produtos de origem animal, como o leite, o soro, ovos ou as cartilagens, para que fossem utilizados nas formulações das indústrias de alimentos? E que todo o couro que vira sapatos, bolsas, casacos ou bancos de carros de luxo também passou pelas mãos de um destes profissionais, em algum ponto da cadeia de produção?

Devemos lembrar também dos MVs que assumem a Responsabilidade Técnica por estabelecimentos industriais ou comerciais (seja de bens ou serviços), dentre outras competências, gerenciando o comércio de produtos tóxicos (ou impedindo a venda de produtos ilegais), evitando intoxicações humanas e animais, além de proteger o meio ambiente.

Outro campo de atuação da Medicina Veterinária nem sempre lembrado é o do ensino, extensão e pesquisa, seja em Escolas de Medicina Veterinária ou mesmo nas Escolas de Medicina. Ou, ainda, na indústria farmacêutica e/ou cosmética, onde se usam animais para teste e ensaios, mas quando e onde sempre é obrigatória a presença de um MV para garantir que os animais não sofram. Para o simples fato de ter-se animais, cobaias, disponíveis, lá está o MV bioterista, que garante não só o bem estar dos animais enquanto criatório, mas garante que eles atendam às necessidades dos pesquisadores. Mesmo as indústrias de alimentação animal e zoofarmacêutica precisam realizar testes com animais.

Logo, toda vez que alguém alimenta ou medica seu próprio *pet* ou toma um medicamento ou usa uma maquiagem ou *shampoo*, por trás, em alguma parte do fluxograma, houve a atuação de um destes profissionais.

A categoria está fortemente engajada na pesquisa da epidemiologia das zoonoses, para nos proteger e para colaborar com a Medicina, na melhor maneira de agir, tanto na prevenção quanto no manejo dos possíveis surtos, e na Vigilância Sanitária Alimentar, para garantir que quando comemos em um restaurante, as normas de boas práticas de higiene na manipulação dos alimentos estejam de acordo com a legislação, visando proteger a nossa saúde, dentre tantas outras competências do MV na Vigilância Sanitária como um todo.

Não seria capaz de afirmar que mesmo as pessoas que professam o veganismo nunca tenham sido beneficiadas pela atuação de um profissional da Medicina Veterinária.

Temos também o papel de agente fiscalizador dos MV que trabalham nos Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV) e Conselhos Regionais de Medicina Veterinária (CRMV), que zelam para que todos os outros profissionais da categoria trabalhem com ética e responsabilidade em prol da sociedade.

Esta introdução serve para demonstrar que os MV são profissionais que atuam não só na saúde animal, mas também na saúde humana, como agentes de Saúde Pública, em seus diversos níveis e isto é inegável; mas faltava um campo de atuação para a Medicina Veterinária, que também faz parte da Saúde Pública, que era compor o Programa de Saúde da Família (PSF), uma política pública para a atenção básica à saúde implementada pelo Ministério da Saúde a partir dos anos 90. Com o passar dos anos e das gestões, o PSF virou Estratégia à Saúde da Família (ESF) e a partir de 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), compostos por profissionais de várias áreas de atuação na saúde; mas ainda não era a vez do MV.

Porém, desde 2011 a Medicina Veterinária é uma das profissões que passaram a integrar os NASF. Finalmente, desde então, estamos atuando em todas as áreas da saúde, animal ou humana. Porém, por ser um campo de atuação muito novo para a categoria, existe pouca bibliografia sobre o assunto, especializada e de referência disponível.

O estudo se justifica na necessidade de conhecer-se com mais propriedade a inserção dos Médicos veterinários nos mais diferentes campos de atuação e, em especial, nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. A questão de pesquisa busca responder: como se dá a inserção do Médico veterinário nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Portanto, o objetivo do estudo está em compreender como o MV se inclui nestes núcleos e, especificamente, descrever suas atribuições neste contexto.

MÉTODO

Metodologicamente, esse estudo monográfico está caracterizado como pesquisa qualitativa, tipo reflexão teórica, que se baseia em revisão de literatura especializada, e que dispensa análise por parte do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria.

Tem por finalidade analisar, explorar e descrever como o Médico Veterinário pode se inserir como agente de saúde nas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Na construção deste manuscrito utilizaram-se textos advindos de legislações, *sites* oficiais, livros e periódicos da área estudada.

As publicações específicas sobre os NASF foram redigidas a partir de 2008. Outras, que servem de fundamentação à Atenção Básica em Saúde, como a Constituição Brasileira e a lei que institui o Sistema Único de Saúde, são mais antigas, datando, respectivamente, de 1988 e 1990. Além de literatura especializada sobre conceitos, parasitologia e epidemiologia, publicadas desde 1982.

RESULTADOS

1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF), ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

1.1 Atenção Básica à Saúde, Programa Saúde da Família (PSF) e Estratégia Saúde da Família (ESF)

No Brasil, a partir de 1988, com a promulgação da Carta Magna, nos seus Artigos de número 196 a 200, a saúde passou a ser um direito de todos, em caráter de igualdade, integralidade e de acesso universal, sendo um dever do Estado garantir estes direitos através da implementação de políticas públicas que promovam, protejam e recuperem a saúde dos cidadãos brasileiros. Ainda, conforme a Constituição de 1988, as ações de saúde preventivas devem ser priorizadas, “sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, p.96-97). Este direito foi consolidado com publicação Lei nº 8.080/1990, que criou o Sistema Único de Saúde, mais conhecido como SUS (BRASIL, 1990).

No intuito de garantir o acesso de todos os cidadãos brasileiros à saúde, o SUS se organiza no formato de Rede de Serviços à Saúde, hierarquizada e regionalizada, que é composta por Atenção Básica (ou Primária) à Saúde (ABS ou APS), Atenção Intermediária (ou Secundária) e Atenção Complexa (ou Terciária), sendo o primeiro nível aquele de maior descentralização e maior capilaridade (BRASIL, 2013a, p.8), desenvolvido nos municípios, que serve de porta de entrada ao sistema e está mais intimamente próximo aos usuários, principalmente quanto às ações de saúde preventiva e é definido “como um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população” (BRASIL, 2009, p.9) e, segundo Starfield (2004 apud BRASIL, 2010a, p.11), caracteriza-se “pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais”.

Sendo assim, a oferta de atenção começa no nível básico, que atende a um grande número de clientes e se subdivide, ainda, em dois diferentes tipos de atenção:

a) para clientes que apresentam problemas de saúde que requerem acompanhamento e reeducação, que podem ser atendidos no próprio domicílio, existe a Estratégia Saúde da Família;

b) e as unidades básicas de saúde (UBS), para atender à demanda por serviços de baixa complexidade (seja técnica, de pessoal ou de equipamentos), em que a equipe técnica está apta a tratar de agravos “corriqueiros” e, esta equipe, além de Médicos generalistas, se compõe de Médicos especialistas nas áreas mais necessitadas da população, geralmente pediatria e ginecologia/obstetrícia (além de Cirurgiões-dentistas), mas podem ser de outras especialidades, conforme as características epidemiológicas da região atendida e devem ter um caráter resolutivo. Conta ainda com Enfermeiros, Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem e/ou Técnicos ou Auxiliares Bucais.

A principal função do nível primário de saúde é o preventivo: vacinações e controle de doenças crônicas como diabetes, hipertensão e asma, de modo a reduzir crises e o impacto gerado nos próximos níveis de atenção à saúde.

Na intenção de pensar-se em prevenção como uma política pública de ABS, foram lançados pelo Ministério da Saúde (MS), os “Programas de Agentes Comunitários de Saúde - PACS (1991) e o Programa de Saúde da Família - PSF (1994) como estratégias para contribuir na construção de um novo modelo de atenção integral à saúde das famílias” (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2014, p.1), tendo como objetivos:

Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita; Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida e; Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício social. (BRASIL, 1997, p.10).

Com a expansão do PSF, a Portaria 648/2006 do MS, o consolida, não mais como apenas um programa, mas como uma estratégia, a Estratégia Saúde da Família (ESF²), uma política pública mais completa no que tange à ABS.

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam; II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e V - ser um espaço de construção de cidadania. (BRASIL, 2006, p.6).

Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do MS (Brasil, 2012a), as equipes de ESF são compostas obrigatoriamente por, no mínimo, Médico (generalista ou especialista em saúde da família), Enfermeiro (generalista ou especialista em saúde da família), Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). As equipes podem ainda ser acrescidas de Cirurgião-dentista (generalista ou especialista em saúde da família) e Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal, conforme as necessidades do território atendido pela equipe de Saúde da Família (eSF³).

A portaria 2.488 (BRASIL, 2011, p.12-14) determina que cada eSF pode ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas e deve cumprir uma carga horária de 40h semanais/profissional, salvo os profissionais Médicos, que podem cumprir 20, 30 ou 40h semanais, de acordo com a modalidade de inserção destes trabalhadores às eSF. Os ACSs devem ser em número suficiente para atender a 100% da população cadastrada (sendo no máximo, 750 pessoas/agente).

² Conforme publicação na página oficial do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (2012a), a abreviatura ESF é usada para designar a política pública "Estratégia Saúde da Família". Fonte: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php.

³ Conforme publicação na página oficial do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (2012a), a abreviatura eSF, pelo mesmo site, é aplicada às "equipes Saúde da Família". Fonte: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php.

1.2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

O Ministério da Saúde cria, em 2008, mediante a Portaria nº 154, que define a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF,

Com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. (BRASIL, 2008, p.4).

De acordo com Ministério da Saúde (Brasil, 2008, p.4-8), os NASF compõem-se de equipes multidisciplinares, formadas por profissionais de nível superior, com capacidade para dar suporte técnico, em suas respectivas áreas de formação, atuando integradamente com as eSFs⁴, mas não necessariamente junto às equipes no mesmo tempo/espaço (BRASIL, 2014, p.18), com correponsabilização entre ambas as equipes, buscando a integralidade do cuidado para a saúde física e mental do usuário do SUS, pois esta cooperação aumentaria a capacidade resolutiva da eSF perante os usuários de determinada base territorial. Este suporte técnico acontece com base no referencial teórico-metodológico do apoio matricial⁵.

Isto significa, em síntese, uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração entre as equipes envolvidas na atenção às situações/problemas comuns a um dado território. Esta integração ocorre na perspectiva de compartilhar ações de saúde, através da troca de saberes entre os diversos profissionais e elaboração de projetos comuns de intervenção. [...] O NASF constitui-se em retaguarda especializada para as equipes de atenção básica/saúde da família [equipes de referência]. (BRASIL, 2013a, p.12).

Conforme Silva *et al.* (2012, p. 2078), o papel primordial do NASF seria “potencializar a atenção primária e auxiliar na reorganização da rede de atenção

⁴ Além de dar suporte técnico pra as eSF, os NASF também devem dar apoio para as equipes de ABS para populações específicas: Consultórios de Rua, eSF Ribeirinhas e Fluviais e Academia da Saúde. (BRASIL, 2013a, p.11). Academia da Saúde: baseada na Portaria 2.488/2011 (PNAB) e na Portaria 687/2006 (Política Nacional de Promoção as Saúde – PNPS, tem a finalidade de promover práticas corporais e atividade física, alimentação saudável, modos saudáveis de vida, produção do cuidado, entre outros, por meio de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais; faz parte da rede de ABS. (BRASIL, 2014, p.1).

⁵ Apoio Matricial: nova lógica de produção do processo de trabalho onde um profissional atuando em determinado setor oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres já que ao mesmo tempo o profissional cria pertencimento à sua equipe, setor, mas também funciona como apoio, referência para outras equipes (REDE HUMANIZASUS, [2014?]).

secundária e terciária”, ampliando e articulando as ações das eSF com as demais equipes da rede ABS e, assim, otimizando “os fluxos de referência e contra-referência”. A Portaria do Ministério da Saúde nº 2.488/2011 é o embasamento para tal colocação, uma vez que é categórica: deve-se rever os processos de referência e contra-referência, ampliando-os para um método “de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde” (BRASIL, 2011a, p.17).

O DAB/SAS/MS afirma que os NASF têm como compromisso fundamental “atuar e reforçar nove diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinariedade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização” (BRASIL, 2010a, p.12). Já o Caderno de Atenção Básica nº 27, do DAB/SAS/MS, que define as diretrizes do NASF, estabelece que as equipes do NASF atuarão com ênfase nas seguintes áreas estratégicas da Atenção em Saúde:

“Atenção Básica; de Promoção da 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 em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social e da Saúde do Homem”. (BRASIL, 2010b, p.10).

As principais características dos NASF são:

- a) são compostos exclusivamente por profissionais com formação em nível superior ou com pós-graduação;
- b) atuam integradamente, em conjunto com a Rede de Atenção à Saúde e seus serviços , incluindo-se as redes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)⁶, sociais e comunitárias (BRASIL, 2011a, p.17), de forma a promover o cuidado global dos usuários do SUS, seja físico ou mental (BRASIL, 2008, p. 4) ;
- c) não se configuram como porta de acesso ao sistema de saúde (BRASIL, 2008, p. 3), ou seja, as equipes não atendem a clientela do SUS diretamente, salvo em casos especiais, quando encaminhados pela equipe

⁶ SUAS: É um sistema público do Ministério do Desenvolvimento Social com caráter descentralizado, responsável pelos serviços socioassistenciais no país, organizando as ações de Proteção Social Básica e Especial, além de oferta de benefícios assistenciais. (BRASIL, [20--]).

- de referência, ou seja, “quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica” (BRASIL, 2011a, p.17);
- d) não possuem unidades físicas independentes ou especiais, dividindo os espaços físicos das eSF (com as eSF) (BRASIL, 2011a, p.17);
 - e) devem promover ações educativas (apoio técnico) para e com as eSF (BRASIL, 2013a, p.12), de forma a aumentar a capacidade das equipes em analisar e resolver os problemas e necessidades de saúde de uma determinada população, nos seus aspectos clínicos e sanitários (BRASIL, 2011a, p.17). Nas palavras de Silva *et al.* (2012, p.2079), “O NASF não como solução, mas como parceiro para achar soluções”;
 - f) devem “estar disponíveis para dar suporte em situações programadas e também imprevistas” (BRASIL, 2014, p.18);
 - g) ajudam “as equipes a evitar ou qualificar os encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção” (BRASIL, 2014, p.18).

1.2.1 Vinculação, Modalidades, composição e recursos financeiros do NASF

De acordo com as Portarias GM/MS nº 2.488/2011 (BRASIL, 2011a, p. 17) e nº 3.124/2012 (BRASIL, 2012b, p.1), as equipes do NASF devem obrigatoriamente estar vinculadas às eSF e/ou equipes de ABS para populações específicas, ou seja, para que um município faça jus a poder contar com uma dessas equipes, é necessário primeiramente que o município conte com, pelo menos, uma eSF (BRASIL, 2013a, p.11).

De início, em 2008, foram criadas duas Modalidades NASF: 1 e 2. Desde 2012, com a publicação da Portaria GM/MS nº 3.124, existe também a Modalidade NASF 3, para possibilitar que pequenos municípios (onde só haja uma ou duas eSF) possam contar com uma eNASF (BRASIL, 2012b, p.1). As Modalidades, vinculação e carga horária das eNASF encontram-se resumidas no Quadro 1.

MODALIDADES	Nº DE EQUIPES VINCULADAS	SOMATÓRIA DAS CARGAS HORÁRIAS PROFISSIONAIS*
NASF 1	5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR**, equipe Ribeirinha e Fluvial)	Mínimo 200 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal;
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR**, equipe Ribeirinha e Fluvial)	Mínimo 120 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;
NASF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR**, equipe Ribeirinha e Fluvial)	Mínimo 80 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;

Quadro 1 - Modalidades de Equipe NASF

*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas.

**Equipe Consultório na Rua

Fonte: PMAQ/AMAQ⁷ – DAB/SAS/MS, 2013a, p.11.

A Portaria GM/MS nº 2.488/2011 elenca os profissionais de nível superior que podem compor os NASF; são eles: Assistentes Sociais, Educadores Físicos, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos acupunturistas, Médicos do trabalho, Médicos geriatras, Médicos ginecologistas/obstetras, Médicos homeopatas, Médicos internistas (clínica médica), Médicos pediatras, Médicos psiquiatras, Médicos Veterinários, profissionais com formação em arte e educação (Arte Educador), Psicólogos, Nutricionistas e Terapeutas Ocupacionais, além de profissionais Sanitaristas, quais sejam aqueles graduados na área de saúde com pós-graduação em Saúde Pública ou Coletiva ou graduados diretamente em uma dessas áreas. (BRASIL, 2011a, p.18).

Ainda de acordo com esta portaria:

A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir de dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. (BRASIL, 2011a, p.18-21).

Ou seja, a criação e a composição dos profissionais que formarão as equipes NASF serão decididas por Prefeitos e/ou seus Secretários de Saúde, após uma:

⁷ PMAQ/AMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade. É uma das estratégias indutoras de qualidade na prestação de serviços de saúde, pelo MS, na qual se destaca a institucionalização da autoavaliação. (BRASIL, 2013a, p.7).

[...] Análise da situação demográfica, social e de saúde do bairro ou município, bem como seu porte e a rede existente ou de referência em municípios maiores na sua região de saúde. Estes pontos têm implicações importantes na escolha dos profissionais que integrarão o NASF, no modo de organizar o trabalho deles, no escopo de ações ofertadas e/ou na frequência ou intensidade delas. [...] É fundamental considerar o porte do município, da região de saúde e a rede de saúde existente para definir a composição e as formas de atuação do Núcleo [...]. (BRASIL, 2014, p.22).

Isto quer dizer que municípios diferentes podem ter eNASF com diferentes composições de profissionais. E em um mesmo município com mais de uma eNASF, elas também podem ter configurações diferentes umas das outras, pois irão atender a territórios diferentes, cada um com seus problemas sanitários típicos.

O programa dos NASF será custeado por recursos financeiros advindos do Fundo Nacional de Saúde, que devem ser repassados mensalmente aos Fundos Municipais/Distrito Federal de Saúde, segundo critérios de prestação de contas estabelecidos pelas portarias nº 2.488/2011, 3.124/2012 e 548/2013 e variam conforme a Modalidade NASF (BRASIL, 2011a, 2012b, 2013c).

De acordo com a portaria nº 548/2013, estes valores de incentivo podem ser de dois tipos: os incentivos financeiros para implantação do programa e os incentivos mensais de custeio. (BRASIL, 2013c, p.1). A portaria nº 2.488/2011, em seu Anexo I, afirma que “o registro de procedimentos referentes à produção de serviços realizada pelos profissionais cadastrados nos NASF deverá ser realizado no sistema indicado pelo Ministério da Saúde, mas não gerarão créditos financeiros” (BRASIL, 2011a, p. 23-24).

Entretanto, a portaria 3.124/2012 (BRASIL, 2012, p.2) determina, em seu artigo 3ª, critério VI, §1º, que quando houver a implantação de mais de uma Modalidade NASF concomitantemente nos municípios ou Distrito Federal, os incentivos financeiros federais não serão repassados. Ou seja, municípios de grande porte provavelmente irão decidir por criar eNASF da Modalidade 1, enquanto os de médio porte optarão pela Modalidade 2 e os muito pequenos, quase obrigatoriamente, terão de criar a Modalidade 3, que funcionará como uma equipe de saúde ampliada. Ademais, é bom reforçar que as cidades que optarem por eNASF Modalidades 2 ou 3 só poderão ter uma única destas equipes inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde para todo o município.

O número máximo de equipes NASF que os municípios podem compor para fazer jus aos recursos específicos é descrito no Quadro 2.

MODALIDADES	Nº MÁXIMO eNASF/MUNICÍPIO
NASF 1 para municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Amazônia Legal	<u>nº eSF do município</u> 5
NASF 1 para municípios com mais de 100.000 habitantes dos Estados da Amazônia Legal e demais unidades da Federação	<u>nº eSF do município</u> 8
NASF 2	1
NASF 3	1

Quadro 2 - Número máximo de equipes NASF (eNASF)/município para que o município faça jus aos recursos específicos do Fundo Nacional de Saúde

Adaptado, pela autora, das Portarias GM/MS nº 2.488/2011, 3.421/2012 e 548/2013.

1.2.2 Legislação que rege os NASF

Além da lei e portaria que dispõem sobre a criação do SUS e sobre a Atenção Básica em Saúde, respectivamente, uma compilação rápida das portarias ministeriais (Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde) que regem especificamente os NASF é listada no Quadro 3.

Lei nº 8.080 , de 19/09/1990 (BRASIL, 1990)	Constitui o SUS.
Portaria nº 648 , de 28/03/2006 (BRASIL, 2006)	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
Portaria nº 154 , de 24/01/2008 (BRASIL, 2008)	Cria os NASF. Foi revogada com a Portaria nº 2.488, de 21/10/2008.
Portaria nº 2.488 , de 21/10/2011 (BRASIL, 2011a)	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e o PACS.
Portaria nº 3.124 , de 28/12/2012 (BRASIL, 2012)	Redefine os parâmetros de vinculação dos NASF Modalidades 1 e 2 às eSF e/ou eAB para populações específicas, cria a Modalidade 3, e dá outras providências.

(continua)

(continuação)

Portaria nº 256 , de 11/03/2013 (BRASIL, 2013b)	Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos NASF, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
Portaria nº 548 , de 04/04/2013 (BRASIL, 2013c)	Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica (PAB) Variável para os NASF Modalidade 1,2 e 3.
Portaria nº 562 , de 04/04/2013 (BRASIL, 2013d)	Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-PNAB, denominado como Componente de Qualidade do PAB Variável.

(conclusão)

Quadro 3 - Legislação que rege os NASF

Fonte: adaptada pela autora, da compilação de Portarias GM/MS consultadas.

1.2.3 O NASF no Brasil

Segundo dados da Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, da Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica, do MS (BRASIL, 2013e, p.8-9), em julho/2013 haviam 30 MV nos NASF em todo o país, num total de 12.867 técnicos de todas as ocupações, atuando em 2.147 eNASF. No Rio Grande do Sul, haviam 33 equipes, mas não há relato da distribuição dos profissionais/estado, só o seu número absoluto.

Levantamento realizado pelo Departamento de Ouvidoria do SUS, da Secretaria Estadual de Saúde/RS, em outubro/2014 revela que, em março deste mesmo ano, haviam 75 MV atuando no NASF em todo o território nacional (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2014).

Dados de novembro/2014 do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde revelam que o NASF já contava com 3.945 equipes, sendo 110 delas presentes no Rio Grande do Sul (BRASIL, 2014).

2 A MEDICINA VETERINÁRIA, A SAÚDE PÚBLICA E A SAÚDE PÚBLICA VETERINÁRIA

Segundo Ortega *et al.* (2005, p.61), para entender-se o que é Saúde Pública Veterinária (SPV) deve-se primeiro definir o que é Saúde Pública que, atualmente e desde 1973, é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como:

La salud pública son todas las actividades relacionadas con la salud y enfermedad de una población, el estado sanitario y ecológico del entorno de vida, la organización y funcionamiento de los servicios de salud y enfermedad, la planificación y gestión de los mismos, y la educación para la salud (OMS, 1978 apud ORTEGA *et al.*, 2005, p.61).⁸

Baseados nessa premissa, Ortega *et al.*, afirmam que as atividades em saúde pública:

Se deben traducir en un aumento de la esperanza de vida del ser humano mediante la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades, mejoras en la producción e higiene de los alimentos y la protección del medio ambiente. (ORTEGA *et al.*, 2005, p. 61).⁹

É possível, então, resumir estas colocações, afirmando que a qualidade de vida do ser humano passa pela promoção da saúde e pela prevenção e controle das doenças, da melhoria das condições de produção e higiene dos alimentos e da proteção do meio ambiente.

A Medicina Veterinária é uma profissão com vocações fortemente voltadas aos processos produtivos dos alimentos, em especial aqueles de origem animal, e à prevenção e controle de enfermidades, principalmente as antropozoonóticas. E, sem dúvida alguma, é uma das ocupações que tem intimidade com o tratar do meio ambiente. Logo, seu mister é, em suma, a qualidade de vida e a saúde humana.

Cruz e Acha (1972 apud PFUETZENREITER, 2003, p.25), afirmam que o propósito máximo da Medicina Veterinária é o bem estar do ser humano, conquistado através da atuação dos profissionais MVs nas áreas de inspeção e controle de

⁸ A saúde pública são todas as atividades relacionadas com a saúde e a doença de uma população, as condições de higiene e ambientais de onde se vive, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e doença, o planejamento e a gestão dos mesmos, e a educação para a saúde (WHO, 1978 apud ORTEGA *et al.*, 2005, p.61, tradução nossa).

⁹ Devem traduzir-se no aumento da expectativa de vida do ser humano através de incentivos à saúde, da prevenção e o controle de doenças, melhoria na produção e higiene dos alimentos e na proteção do meio ambiente. (ORTEGA *et al.*, 2005, p. 61, tradução nossa).

alimentos de origem animal (higiene dos alimentos), saneamento ambiental (da planta das instalações de produção de alimentos de origem animal até o manejo e destino dos dejetos produzidos ou observação do ambiente dividido por pessoas e animais), promoção da saúde animal (seja para produzir proteína de qualidade e em quantidade, seja por manter animais hígidos e suas enfermidades sob controle) e na prevenção e controle das zoonoses.

PFUETZENREITER (2003, p.25) acrescenta, ainda, as atuações dos MVs na área das “pesquisas básicas e aplicadas em virologia, parasitologia, bacteriologia, genética, engenharia genética e biotecnologia”. E em 2004 a mesma autora, em conjunto com outros autores, complementa que a ampla formação básica do MV:

Nas ciências biomédicas o qualifica para desempenhar muitos papéis adicionais na saúde pública, que são comuns aos Médicos e a outros membros da equipe como: a) epidemiologia em geral; b) laboratório de saúde pública; c) produção e controle de produtos biológicos; d) proteção dos alimentos; e) avaliação e controle de medicamentos; f) saneamento ambiental; g) pesquisa de saúde pública. (PFUETZENREITER; ZYLBERSZTAJN; AVILA-PIRES, 2004, p. 1665).

Além do que, ainda conforme Pfuetzenreiter, Zylbersztajn e Avila-Pires (2004, p. 1665), esta mesma formação qualificaria os MVS “para desempenhar funções generalistas, que podem ser executadas por outros membros da equipe de saúde pública, como a administração, o planejamento e a coordenação de programas de saúde pública” em todos os três níveis de gestão, federal, estaduais ou municipais.

Então, a partir destas colocações, pode-se finalmente entender alguns dos conceitos que melhor explicam a Saúde Pública Veterinária, termo oficialmente empregado pela primeira vez em 1946, durante um encontro da OMS/FAO (PFUETZENREITER; ZYLBERSZTAJN; AVILA-PIRES, 2004, p. 1664):

A saúde pública veterinária compreende todos os esforços da comunidade que influenciam e são influenciados pela arte e ciência médica veterinária, aplicados à prevenção da doença, proteção da vida, e promoção do bem-estar e eficiência do ser humano. (OMS, 1951 apud PFUETZENREITER; ZYLBERSZTAJN; AVILA-PIRES, 2004, p. 1664).

A expressão saúde pública veterinária é utilizada para designar o marco conceitual e a estrutura de implementação das atividades de saúde pública que empregam conhecimentos e recursos da medicina veterinária para proteger e melhorar a saúde humana. A saúde pública veterinária vincula a agricultura, a saúde animal, a educação, o ambiente e a saúde humana. Seus princípios de base estão fortemente ligados nas ciências biológicas e sociais que se encontram amplamente difundidos na agricultura, na medicina e no meio ambiente. (ARÁMBULO, 1991 apud PFUETZENREITER, 2003, p.85).

Disto tudo posto, podemos então compreender que a Medicina Veterinária tem um forte papel na condução da Saúde Pública (como um todo) e que devido às características de formação dos seus profissionais estarem intimamente interligadas à formação e atuações de outros profissionais da área, é imprescindível que o trabalho de equipe, o trabalho multi e interdisciplinar seja um dos objetivos buscados pelos gestores de Saúde Pública e ABS, afirmação corroborada pela Comissão Nacional de Saúde Pública Veterinária do Conselho Federal de Medicina Veterinária (CNSPV/CFMV) em artigo publicado na Revista CFMV (CFMV, 2009 p.11), onde declara que a integração do MV com as demais profissões da área da saúde é de fundamental importância e cita:

La función de la SPV (Salud Pública Veterinária) dentro del programa mundial de salud es promover actividades que contribuyam al logro de la salud para todos y ayudar a materializar sus objetivos. Em los próximos 25 a 30 años currirán varios câmbios que tendrán un efecto notable en la mayoría de los grupos profesionales, especialmente Médicos y veterinarios. Algunos de estos câmbios ya están en marcha y sus consecuencias son aparentes; en dos o tres decênios, llegarán a un punto en que la demora en reconocerlos podría ocasionar respuestas inadecuadas... (OPAS apud CNSPV/CFMV, 2009, p.11).¹⁰

¹⁰ A função da SPV (Saúde Pública Veterinária) dentro do programa mundial de saúde é o de promover atividades que contribuam a fornecer saúde para todos e auxiliar na materialização de seus objetivos. Nos próximos 25 a 30 anos acontecerão mudanças que terão um efeito notável na maioria dos grupos profissionais, especialmente em médicos e veterinários. Algumas destas mudanças já estão acontecendo e suas consequências são visíveis; em duas ou três décadas, chegarão num ponto em que a demora em reconhecê-las poderá causar respostas inadequadas... (OPAS apud CNSPV/CFMV, 2009, p.11, tradução nossa).

3 O PAPEL DO MÉDICO VETERINÁRIO NOS NASF

A categoria dos MVs defende, desde 2004, a inclusão da medicina veterinária no rol das ocupações da saúde que compõem as equipes de ESF/NASF, ciente das suas aptidões e habilidades para tal atividade, e desde então batalhava junto ao CFMV e Conselhos Regionais de Medicina Veterinária (CRMVs) para que:

Pleiteassem junto ao Ministério da Saúde, espaço para a incorporação de Médicos Veterinários junto ao Programa Saúde da Família. Por tornar-se uma solicitação recorrente, O CFMV, após muitas reflexões e discussões com a CNSPV/CFMV e, mais tarde com a Associação Brasileira de Saúde Pública, adotaram o apelo da categoria. (CNSPV/CFMV, 2009, p. 10).

A maioria dos contatos da classe com o MS se deu entre 2007 e 2008, por meio dos quais se enfatizou ao MS que “o tratamento veterinário’ passa a se constituir num procedimento terapêutico de processo, e não somente de produto. Trata-se a relação das pessoas e famílias com o meio, e com o todo que se encontra ao redor” (CNSPV/CFMV, 2009, p. 13). Ou seja, o MV, como agente NASF, atuaria nas causas, não só da etiopatogenia dos problemas de saúde do território em que trabalhasse, mas agiria também sobre as causas sócio-ambientais que levam aos problemas. Porém, ainda em 2008, o DAB/SAS/MS nega a necessidade da integração da categoria aos NASF, pois seu papel de agente sanitário já estaria sendo exercido nos Centros de Controle de Zoonoses (CCZ), afirmação à qual o CSPV (2009, p.14) contra-argumentaria (em dados de 2008):

- a) de acordo com o MS, existiam 243 CCZs em todo país, marcando presença em apenas 4,3% dos municípios da união e atendendo a 41,8% da população brasileira - isso deixava 58,2% da população desassistida, em 5.318 municípios que não tinham CCZ;
- b) os CCZs existentes conseguem assegurar cobertura ao total de habitantes das áreas por eles cobertas? (aqui cabe um questionamento digno do “advogado do Diabo”: se os NASF de um município contarem com MVs, ficará 100% da população assistida, nas questões sanitárias relativas a estes profissionais?);
- c) as zonas rurais, mesmo dos municípios que possuem CCZ, são plenamente atingidas pela atuação deste CCZ?

d) “estão os CCZs preparados para cumprirem suas funções e, paralelamente, absorverem o assessoramento das equipes de saúde da família em território pré-determinado?” (CFMV, 2009, p.14).

Em 2011, o CRMVMG publicou, em seu boletim de março, que a então Senadora Gleisi Hoffman era favorável à estratégia “Um mundo, uma saúde” (FAO/OIE/OMS/UNICEF) e dava apoio à causa da classe veterinária:

Entendo que a inclusão da Medicina Veterinária no Nasf representa a materialização da colaboração dessa profissão à atenção básica de saúde das famílias em nosso país, consolidando o Sistema único de Saúde e seguindo o conceito mundial de que o custo e o impacto social das doenças nos seres humanos só podem ser minimizados com a prevenção e a promoção da saúde. (HOFFMANN, 2012 apud CRMVMG, 2012, p.1).

Além de todas estas colocações, ainda temos dados estatísticos que, segundo a CNSPV/CFMV (2009, p. 10), revelam que “75% das doenças emergentes e reemergentes são de origem animal, incluindo as zoonoses”. E, completa:

Considere-se também, que por decorrência do “sofrimento” ambiental, os maus tratos humanos à natureza têm sido responsabilizados pelo aumento de riscos do adoecer. Definitivamente, um território doente tem origem nas doentes relações entre pessoas e o meio ambiente. (CNSPV/CFMV, 2009, p.10).

Já o prospecto virtual do 1º Curso de Planejamento para Atuação do Médico Veterinário na Saúde Pública – NASF – 2013 (Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia/Universidade Estadual Paulista [FMVZ/UNESP], Botucatu), que apresenta e embasa a sua criação, sustenta que:

É sabido que 80% das enfermidades que acometem, direta e indiretamente, seres humanos, na atualidade, têm origem nos animais. Uma atividade de saúde pública veterinária de proteção aos seres humanos de tamanha magnitude necessita, sem dúvida, ser eficazmente planejada, pois o Médico veterinário irá transformar em saúde animal a prestação de serviço, informações e conhecimentos para poder proporcionar, assim, melhor qualidade de vida para as pessoas na proteção contra zoonoses, na saúde dos animais de produção e de companhia, na segurança alimentar, não se esquecendo, também, do meio ambiente. A profissão de médico veterinário nos habilita a atuar como administradores da saúde coletiva, a ter capacidade para exercer atividades de gestores da saúde, e ainda competência para as tomadas de decisões, no âmbito de todos os setores envolvidos, quer local, regional ou nacional. Incluindo aqui importantes participações, não só sociais, como econômicas e políticas. A formação integral qualificada nesta profissão torna o médico veterinário apto a analisar um problema, buscar informações, decidir por uma intervenção, planejar e avaliar ações tanto na saúde pública veterinária como na saúde animal. (FMVZ/UNESP, 2013).

A portaria GM/MS nº 104/2011 (BRASIL, 2011b, p.1) define as 45 “doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território

nacional”, ou seja, os problemas de saúde mais relevantes à Saúde Pública, que são arroladas no Quadro 4.

Acidentes por animais peçonhentos*
Atendimento antirrábico*
Botulismo*
Carbúnculo ou Antraz*
Cólera*
Coqueluche
Dengue*
Difteria
Doença de Creutzfeldt-Jakob*
Doença Meningocócica e outras Meningites*
Doenças de Chagas Aguda*
Esquistossomose*
Eventos Adversos Pós-vacinação
Febre Amarela*
Febre do Nilo Ocidental*
Febre Maculosa*
Febre Tifóide*
Hanseníase
Hantavirose*
Hepatites Virais*
Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana –
HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical
Influenza humana por novo subtipo
Intoxicações Exógenas
(por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)
Leishmaniose Tegumentar Americana*
Leishmaniose Visceral*
Leptospirose*
Malária*
Paralisia Flácida Aguda
Peste*
Poliomielite
Raiva Humana*

(continua)

(continuação)

Rubéola
Sarampo
Sífilis Adquirida
Sífilis Congênita
Sífilis em Gestante
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS
Síndrome da Rubéola Congênita
Síndrome do Corrimento Uretral Masculino
Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV)
Tétano
Tuberculose*
Tularemia*
Varíola
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

(conclusão)

Quadro 4 - Doenças de notificação compulsória

* Doenças que têm relação, direta ou indiretamente, com a Medicina Veterinária

Adaptado pela autora da Portaria GM/MS nº 104/2011, p.4-5.

Destas, 24 doenças, agravos ou eventos têm relação, direta ou indiretamente, com a Medicina Veterinária, quer seja por serem transmitidas por animais vertebrados ou invertebrados (doenças zoonóticas, inclusive as transmitidas por animais sinantrópicos¹¹) ou por alimentos contaminados com microrganismos de relevância veterinária ou por condições ambientais propícias a estas contaminações.

Além destas doenças, o Guia de Bolso – Doenças infecciosas e parasitárias, do MS (BRASIL, 2000, p.4-5) cita como doenças de interesse para a Saúde Pública (mas não de notificação compulsória), que também têm interrelação com a Medicina Veterinária: brucelose, candidíase, criptococose, criptosporidíase, doença de Lyme, enterobíase, escabiose, estrogiloidíase, febre purpúrica brasileira, filariase por *Wucheria bancrofti*, giardíase, histoplasmose, oncocerose, psitacose, shigelose, teníase/cisticercose, toxoplasmose e tracoma.

¹¹ Animais sinantrópicos: são certos animais silvestres (mamíferos, aves, insetos) que têm a habilidade de frequentar habitações humanas; isto é, são capazes de circular entre os ambientes silvestres, rural e urbano, muitas vezes, veiculando patógenos (NEVES, 1982, p.5).

Apesar de tamanho impacto, a epidemiologia de muitas destas doenças, principalmente aquelas transmitidas por animais, ainda é mal entendida ou mal interpretada por profissionais do âmbito da saúde, não tão íntimos das atropozoonoses¹².

Para ilustrar, discorramos um pouco sobre o exemplo clássico dos casos de toxoplasmose e a relação mulher/gravidez/gatos/obstetras: um grande número de Médicos obstetras aconselha que mulheres grávidas ou com interesse em engravidar, que sejam tutoras de gatos (às vezes há muito mais tempo na vida desta mulher que o próprio pai da futura criança), se desfaçam de seus animais de estimação, devido ao risco de contrair *Toxoplasma gondii* durante a gestação e provocar uma possível toxoplasmose fetal ou congênita.

Discutir o ciclo evolutivo do parasita e a epidemiologia da moléstia não é o foco deste trabalho, mas para fins ilustrativos, podemos fazer um *em passant* sobre o assunto. Começamos citando o trabalho de Barbosa (2008, p.20-24), onde ela coloca que os gatos realmente exercem papel fundamental na prevalência da doença no mundo, mas felídeos silvestres também são responsáveis por disseminar oocistos no meio rural, de onde vêm os hortifrutigranjeiros, carnes, leite e ovos que consumimos, além dos mananciais de água; ela também cita trabalhos que comprovam que o parasita pode ser encontrado em ostras, que alimentam a cadeia alimentar marinha, da qual nós, humanos, somos o topo da pirâmide, em última instância, quando nos alimentamos de frutos do mar; ou que pode ser veiculado por hospedeiros paratênicos¹³ como baratas, minhocas e besouros; ou através da manipulação de carnes ou verduras contaminadas. Já Cruz (2007), em artigo publicado no site do CRMVPR, faz a seguinte consideração:

Na verdade, embora o gato elimine os oocistos (formas infectantes) por apenas 15 dias durante uma única vez em sua vida, quando primo-infectados com o *Toxoplasma gondii*, estes oocistos liberados no ambiente podem permanecer no solo por meses ou até anos em condições favoráveis de umidade, temperatura e incidência solar, podendo contaminar as mais variadas espécies animais. Deste modo fica fácil observar que o provável gato transmissor da toxoplasmose a estas mulheres [gestantes] e população em geral, não é o gato delas, mas sim um gato que deve morar junto às granjas e plantações de hortaliças que elas consomem. E claro que este gato

¹² Antropozoonose: doença primária de animais e que pode ser transmitida aos humanos (NEVES, 1982, p.1).

¹³ Hospedeiros paratênicos (ou de transporte): são os hospedeiros intermediários nos quais o parasito não sofre desenvolvimento ou reprodução, mas permanece viável (encistado) até atingir novo hospedeiro definitivo (NEVES, 1982, p.2).

não as contaminou diretamente pelas fezes, mas sim indiretamente por contaminação dos animais de produção (suínos, ovinos, caprinos e coelhos) ou ainda por legumes, frutas, verduras, leite ou água contaminados. Não por acaso, vários estudos mostram que o fator de risco para a infecção de gestantes é o consumo de carne inadequadamente cozida, que contribui em 30% a 63% dos casos; outras como solo contaminado contribuem com 6% a 17%, e o risco de se adquirir toxoplasmose através do contato direto com gatos é extremamente improvável devido às características de eliminação do agente. A possibilidade de transmissão para seres humanos pelo simples ato de tocar ou acariciar um gato, ou até mesmo através de arranhões e mordidas, é considerada mínima ou inexistente. Ou seja, não se previne toxoplasmose congênita eliminando o gato uma mulher grávida, mas sim com cuidados higiênicos adequados na ingestão dos alimentos e com bons hábitos de higiene pessoal. (CRUZ, 2007).

Outra autora, Fortes (1987, p. 92), afirma que “a esporulação [dos oocistos] ocorre fora do corpo do animal [gato], num período de 1 a 5 dias após sua eliminação [...]” e sabe-se que apenas os oocistos esporulados (esporozoítos) têm a capacidade de ser infectantes e que apenas 1% da população felina elimina o protozoário no meio ambiente, segundo informações da Unidade Municipal de Medicina Veterinária Jorge Vaitsman/Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (2014). Neves (1982, p. 122) já dizia “é interessante esclarecer que as mulheres que apresentam sorologia positiva *antes* da gravidez têm menor chance de infectarem seus fetos do que aquelas que apresentarem a primo-infecção¹⁴ durante a gestação”.

Esta pequena explanação sobre a toxoplasmose serve para desmistificar alguns aspectos da doença: o contato inicial da doença ocorre quando as pessoas têm hábitos de higiene falhos (como manipular fezes de gatos defecadas há mais de 24h, ou areia ou qualquer outro fômite¹⁵ contaminado com fezes de gatos, com as mãos nuas e colocá-las na boca; não lavar as mãos antes de comer, manipular alimentos, trocar fraldas ou usar o banheiro); quando as pessoas ingerem carnes mal cozidas, leite cru não pasteurizado e/ou hortifrutigranjeiros mal lavados; e, claro, quando da infecção transplacentária.

Não se desconsidera a importância e a necessidade dos exames pré-natais e do cuidado com a saúde dos gatos de estimação, mas eles nem sempre são os únicos culpados e, em uma comunidade com qualquer taxa de prevalência/incidência de toxoplasmose, as causas devem ser buscadas, sem pré-conceitos e sem preconceitos. Logo, os Médicos obstetras que perpetuam a crença do gato como único

¹⁴ Primo-infecção: primeira infecção provocada por um microorganismo patogênico, sem que existam, necessariamente, manifestações clínicas; muitas vezes apenas detectável em exames de sorologia (INFOPÉDIA, 2003-2014).

¹⁵ Fômite: utensílios que podem veicular o parasito entre hospedeiros (NEVES, 1982, p.2).

causador da doença precisam ser melhor esclarecidos, pois além de não ajudarem completamente as suas pacientes, ainda podem colaborar para o abandono dos animais às ruas, de onde surgirão outros e novos problemas da ordem da Saúde Pública. E qual é o papel do MV numa equipe de NASF, se não o de fazer estes esclarecimentos (faz-se necessário lembrar que este é apenas um exemplo do trabalho que um MV pode exercer como agente numa equipe do NASF).

Diante de tantas justificativas, em 2011, a Portaria 2.488/MS inclui finalmente a Medicina Veterinária no NASF, fazendo “justiça a uma classe profissional que trabalha em prol da Saúde Pública brasileira há muitos anos” (CNSPV/CFMV, 2012, p.69).

A construção das atribuições do MV dentro do NASF ainda está *engatinhando* e é um processo dinâmico, uma vez que é um campo muito recentemente aberto para estes profissionais e muitas outras atribuições ainda podem vir a ser elaboradas. De qualquer forma, o DAB/SAS/MS, em comum acordo com o CNSPV/CFMV (2012, p. 70), lista as atribuições já definidas, que não são ações “engessadas e se expandem de acordo com as necessidades sanitárias do território atendido”, que são de quatro vertentes:

- a) aquelas ações que o MV realizará como parte da equipe, “com foco nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as equipes de Saúde da Família que a ele se vinculam” (CNSPV/CRMF, 2012, p.70), que são aquelas previamente discutidas no subcapítulo 2.2 – Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família: ações compartilhadas de forma multiprofissional e interdisciplinar, com responsabilidade mútua de todos os envolvidos (reuniões, consultas conjuntas, etc); intervenções específicas do MV do NASF com usuários e/ou famílias, somente em casos excepcionais, com discussão *a priori* com os profissionais da eSF responsáveis pelo caso; e ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade, com as eSF e grupos comunitários (escolas, igrejas, etc), como o desenvolvimento de projetos de saúde. Ocorrerão da seguinte forma:

- discussão de casos específicos: prevenção e controle de doenças transmissíveis por alimentos, animais e alterações ambientais provocadas pelo homem e desastres naturais;
- visitas domiciliares sempre que relacionadas às casuísticas que envolvam intersecções entre saúde animal e humano;
- orientações de caráter preventivo e auxílio em casos de acidentes com animais peçonhentos;
- identificação de emergências epidemiológicas de potencial zoonótico, de modo contínuo e sistemático;
- e participação em conjunto com todos os componentes da equipe no planejamento,

monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelo programa (CNSPV/CRMF, 2012, p.71);

- b) as ações do MV nos territórios atendidos pelo NASF, que dizem respeito à “avaliação de fatores de risco à saúde, relativos à interação entre humanos, animais e o meio ambiente nos domicílios e áreas circunvizinhas, em apoio às eSF”:

- visitas domiciliares para o diagnóstico de riscos envolvendo o homem, os animais e o ambiente; - prevenção, controle e diagnóstico situacional de riscos por doenças transmissíveis por animais vertebrados e/ou invertebrados (raiva, leptospirose, brucelose, tuberculose, leishmaniose, dengue, febre amarela, teníase/cisticercose, etc.) e outros fatores determinantes do processo saúde e doença; - educação em saúde com foco na promoção, prevenção e controle de doenças de caráter antropozoonótico e demais riscos ambientais, incluindo desastres naturais e aqueles provocados pelo homem; - desenvolver ações educativas e de mobilização contínua da comunidade, relativas ao controle de doenças/agravos na área de abrangência, no uso e manejo adequado do território com vistas à relação saúde/ambiente (desmatamentos, uso indiscriminado de medicamentos veterinários e outros); - estudos e pesquisa em saúde pública que favoreçam a territorialidade e a qualificação da atenção; - cuidados com resíduos sólidos; - ações de educação em saúde nas escolas, divulgação nos meios de comunicação e sensibilização às comunidades e sociedade organizada e não organizada; - prevenção e controle de doenças transmissíveis por alimentos; - dar respostas às emergências de saúde pública e eventos de potencial risco sanitário nacional de forma articulada com os setores responsáveis; - identificação e orientações sobre riscos de contaminação por substâncias tóxicas (agrotóxicos, pesticidas e inseticidas de uso veterinário) (CNSPV/CRMF, 2012, p.70);

- c) as ações comuns aos CCZs e aos MVs dos NASF:

- identificação das condições sócio-ambientais propícias à proliferação de vetores, pragas urbanas e animais sinantrópicos, propondo e participando no desenvolvimento de ações de controle; - identificação das condições sócio-ambientais propícias à proliferação e ao acesso de animais peçonhentos, propondo e participando no desenvolvimento de ações de controle (ofidismo-identificação) (CNSPV/CRMF, 2012, p.71);

- d) as ações comuns a todos os profissionais do NASF:

- identificar, em conjunto com eSF e comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem desenvolvidas em cada uma das áreas de responsabilidade; - atuar de forma integrada e planejada nas atividades desenvolvidas pela eSF; - desenvolver coletivamente ações que se integrem a outras políticas: educação, esporte, cultura, trabalho, etc; - elaborar estratégias de comunicação e educação para divulgação e sensibilização das atividades do NASF; - elaborar projetos de prevenção de doenças e promoção à Saúde, por meio de discussões periódicas em equipe, realizando ações interdisciplinares e desenvolvendo a responsabilidade compartilhada. (CNSPV/CRMF, 2012, p.71).

Então, hoje existe uma portaria que permite aos MV fazerem parte do NASF e um rol de atribuições já esclarecido, porém, cabe lembrar, que a composição de

qualquer das Modalidades NASF é de decisão e competência dos gestores municipais, o que não garante de forma alguma que estes profissionais realmente componham o programa.

Logo, se faz necessário, por parte da categoria, sensibilizar estes gestores, com projetos bem elaborados e embasados em “critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas” (INDÁ; MORITZ; BERNARDINI, 2013, p.85), que justifiquem a necessidade de se ter MVs nos NASF para dar apoio às eSF, fortalecendo uma ação global em saúde para a população destes municípios.

Como exemplo de uma forma de estimular a participação de MVs nos NASF, podemos citar a sugestão de Indá, Moritz e Bernardini (2013, p.85-86) à Prefeitura Municipal de Florianópolis para facilitar a inserção de MVs nos NASF locais, sem um grande incremento nas contas do município: profissionais da categoria, lotados na Secretaria Municipal de Saúde, “poderiam atuar integrados às equipes multiprofissionais da saúde da família”, mediante apenas à adição de uma gratificação mensal aos salários destes servidores. Cabe lembrar, que o custeio do programa NASF deve advir do Fundo Nacional de Saúde e, portanto, seu impacto no orçamento municipal não deveria ocorrer ou deveria ser de pequena monta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo monográfico buscou-se esclarecer de forma breve como funciona o Sistema de Saúde no país, em especial as redes de ABS/ESF, além de explicar a definição dos NASF (um termo e uma função ainda pouco conhecidos), baseados em conceitos de Saúde Pública e o papel do MV neste universo, tudo com o objetivo final de contextualizar o MV dentro das redes de ABS/ESF (conceito mais desconhecido ainda), como peça complementar das eNASF, integrando suas equipes, de forma a ampliar e qualificar o atendimento de toda a rede, oferecendo uma atenção em saúde mais completa aos usuários do SUS, nas suas bases territoriais de referência.

Fica claro, também, que cabe à categoria, através de suas entidades de classe, quais sejam, CFMV, CRMVs, Sindicato dos MVs, Associações Veterinárias (de forma ampla) ou dos próprios profissionais (servidores públicos ou não) interessados em fazer parte de algo maior em prol da saúde brasileira, criar recursos (como, por exemplo, pesquisas sobre agravos provocados direta ou indiretamente por animais, às pessoas ou ao meio ambiente, em determinada região ou município) e projetos claros, definidos e bem detalhados, que impressionem os responsáveis pela gestão da Saúde nos municípios, sejam aos Prefeitos e/ou seus Secretários de Saúde, que o MV é uma figura imprescindível para que as atuações em saúde ocorram de maneira plena. (Ver Anexo A).

Que, dentro destes projetos arquitetados, este Trabalho de Conclusão de Curso possa vir a somar-se a outras bibliografias que justificam a abertura de horizontes à classe Médica Veterinária; que sirva como mais uma fonte elucidativa, não só à categoria, mas também a integrantes das eFS e mesmo das eNASF não-MVs, para tomarem conhecimento das potencialidades de uma equipe contar com o MV (e, talvez possam ajudar a pressionar pela inclusão da classe nas equipes, aumentando aquele escopo das ações da APS), mas, principalmente aos gestores municipais da Saúde, que passam a conhecer um pouco mais sobre o papel do MV dentro do SUS e sobre as vantagens de ter um NASF com uma composição mais plural, principalmente porque a decisão dos gestores é uma decisão política, mas que deve ser fortemente embasada em critérios técnicos.

É ainda através destes recursos e projetos que deve ser observado que, apesar da eNASF gerar um custo para o erário público municipal (na contratação dos

profissionais e manutenção das atividades das equipes), este custo será bancado, mensalmente, por recursos financeiros repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais/Distrito Federal de Saúde, segundo critérios de prestação de contas estabelecidos pela portaria (BRASIL, 2011a, p.18-21).

Também é neste momento que deve-se deixar claro que toda e qualquer atividade preventiva, no campo da Saúde Básica, reduz os custos com tratamento e reabilitação dos usuários do SUS e, por consequência, reduz o impacto financeiro gerado ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) por trabalhadores *encostados*¹⁶ ou aposentados por invalidez, além da redução do absenteísmo escolar por enfermidades, o que no final das contas, garante que toda a sociedade saia ganhando, pois com todo mundo saudável, todos estudam e trabalham, girando as engrenagens da economia local e nacional, o que é outra fonte de lucro para os governos, através dos impostos gerados.

Sem contar com o papel de educador sanitário exercido pelo MV, agindo complementarmente sobre problemas de ordem ambiental e ajudando a evitar o abandono de animais à própria sorte, podendo provocar acidentes e espalhar doenças, além de uma reprodução indesejada e desenfreada.

¹⁶ Trabalhadores *encostados* no INSS – segurados do INSS que se encontram impossibilitados para suas atividades laborativas por agravos à sua saúde e que recebem, do INSS, o Benefício Auxílio-Doença, enquanto durar a dita incapacidade (nota da autora).

REFERÊNCIAS

APOIO matricial. **Rede HumanizaSUS** - Rede de colaboração para a humanização da gestão e da atenção no SUS, Glossário. [s.l.], [200-]. Disponível em URL: <<http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/94>> Acesso em 19 set. 2014.

BARBOSA, I.R. **Estudo epidemiológico da toxoplasmose em gestantes atendidas na Maternidade Escola Januário Cicco, Natal, Rio Grande do Norte**. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas). 2008. 106f. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, p. 14-23, 2008. Disponível em URL: <<ftp://ftp.ufrn.br/pub/biblioteca/ext/bdtd/lsabelleRB.pdf>> Acesso em 03 out. 2014.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, DF, p. 96-97, 1988. Disponível em URL: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em 19 set. 2014.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 set. 1990. Brasília, DF, 13p., set. 1990. Disponível em URL: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04_lei_8080.pdf> Acesso em 19 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Academia da Saúde** – cartilha informativa. Brasília, DF, não paginado, 2014. Disponível em URL: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf> Acesso em 02 ago, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Fundação nacional da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Doenças infecciosas e parasitárias**. Aspectos clínicos, Vigilância Epidemiológica e Medidas de Controle – guia de bolso. 2ª ed. revisada e ampliada. Brasília, DF, p.4-5, 2000. Disponível em URL: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/GBDIP001_total.pdf> Acesso em 06 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 104**, de 25 de jan. 2011. Brasília, DF, p. 1-5, 25 jan. 2011b. Disponível em URL: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html> Acesso em 06 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de jan. 2008. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, ano 145, n. 18, p. 1-8, 25 jan. 2008. Disponível em URL: <www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/Portaria%20NASF.doc> Acesso em 28 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 256**, de 11 de mar. 2013. Brasília, DF, 6p., 2013b. Disponível em URL: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.mar.13/iels49/U_PT-MS-SAS-256_110313.pdf> Acesso em 28 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 548**, de 04 de abr. 2013. Brasília, DF, não paginado, 2013c. Disponível em URL: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0548_04_04_2013.html> Acesso em 28 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 562**, de 04 de abr. 2013. Brasília, DF, não paginado, 2013d. Disponível em URL: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0562_04_04_2013.html> Acesso em 28 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 648**, de 28 de mar. 2006. Brasília, DF, não paginado, 2006. Disponível em URL: <<http://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acesso em 19 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488**, de 21 de out. 2011. Brasília, DF, 30p., 2011a. Disponível em URL:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em 28 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.124**, de 28 de dez. 2012. Brasília, DF, 2p., 2012b. Disponível em URL: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html> Acesso em 28 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família** - Conceitos e Diretrizes. Brasília, DF, set. 2013e. Disponível em URL: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1383057504_NASF_set2013.pdf> Acesso em 28 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 36p., 1997. Disponível em URL: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf> Acesso em 19 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica – Núcleos de Atenção à Saúde da Família (AMAF – NASF)**. Brasília, DF, p. 7-12.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, DF, 152 p., 2010b.– (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27). 2013a. Disponível em URL: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_nasf.pdf> Acesso em 04 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família (ESF)**. Brasília, DF, não paginado, 2012a. Disponível em URL: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php> Acesso em 28 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF, p.18-22. 2014. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Oficina de qualificação do NASF**. Brasília, DF, p.11-12, 2010a. Disponível em URL: <<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/OficinaQualificacaoNASF.pdf>> Acesso em 28 jul. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Sistema Único de Assistência Social (SUAS)**. Brasília, DF, não paginado, [20--]. Disponível em URL: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/suas>> Acesso em 19 set. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA. Comissão Nacional de Saúde Pública Veterinária. O Médico Veterinário, a Estratégia de Saúde da Família e o Nasf. **Revista CFMV**, Brasília, DF, v. 15, n. 48, p. 9-14, set./dez., 2009.

_____. Comissão Nacional de Saúde Pública Veterinária. NASF: do abstrato ao concreto. **Revista CFMV**, Brasília, DF, v. 18, n. 56, p. 69-71, mai./ago., 2012.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO RIO GRANDE DO SUL. Conselho lança campanha “Segurança dos Alimentos”. **Revista Veterinária & Zootecnia**, [Porto Alegre], ano 19, n. 79, p.10-11, abr./jun. 2014.

CRUZ, M.A. Gestantes, seus gatos e a toxoplasmose. **CRMVPR**, [Curitiba], 11 maio 2007. Disponível em URL: <http://www.crmv-pr.org.br/?p=imprensa/artigo_detalhes&id=34> Acesso em 03 out 2014.

FORTES, E. **Parasitologia veterinária**. Porto Alegre: Sulina, p.92-94, 1987.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, não paginado, 2014. Disponível em URL: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/526-programa-saude-da-familia.html>> Acesso em 19 set. 2014.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Ouvidoria Geral do SUS. **Email de Karla Ferreira Fontoura**. Protocolo nº 1137544, solicita informações sobre o número de profissionais Médicos Veterinários que estão cadastrados no NASF atualmente no Brasil. Porto Alegre, 20 out. 2014, 1p.

INDÁ, F.M.C; MORITZ, G.O; BERNARDINI, I.S. Análise da viabilidade de inserção do Médico Veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de Florianópolis. In: Pereira *et al.* (org). **Contribuições para o SUS**. Florianópolis: Fundação Boiteux, v. 8, p.75-87, 2013. (Coleção Gestão da Saúde Pública). Disponível em URL: <<http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/03/Anais-GSP-Volume-8-completo.pdf>> Acesso em 28 jul. 2014.

NEVES, D.P. **Parasitologia humana**. 5 ed., Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, p. 1-5 e 117-122, 1982.

ORTEGA, C. *et al.*. Las redes SAPUVET y SPVet: un modelo de integración en materia de salud pública veterinaria entre Europa y América Latina. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 17, n. 1, jan., p. 60-63, 2005. Disponível em URL: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n1/24032.pdf>> Acesso em em 01 out. 2014.

PFUETZENREITER, M. R. **Ensino da Medicina Veterinária Preventiva e Saúde Pública nos cursos de Medicina Veterinária** – Estudo de caso realizado na Universidade do Estado de Santa Catarina. Tese (Doutorado em Educação). 2003. 459f. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, p. 25 e 85, 2003. Disponível em URL: <http://issuu.com/janainavittori9/docs/pfuetzenreiter__2003_-_o_ensino_da_> Acesso em 28 jul. 2014.

PFUETZENREITER, M. R.; ZYLBERSZTAJN, A; ÁVILA-PIRES, F.D. Evolução histórica da Medicina Veterinária Preventiva e Saúde Pública. **Ciência Rural**, Santa Maria, v.34, n. 5, p. 1664-1665, set./out., 2004. Disponível em URL: <<http://www.scielo.br/pdf/cr/v34n5/a55v34n5.pdf>> Acesso em 28 jul. 2014.

PRIMOINFECÇÃO. In: **Dicionário da Língua Portuguesa Infopédia** com Acordo Ortográfico. Porto: Porto Editora, 2003-2014. Disponível em URL: <<http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/primo-infecção?homografia=0>> Acesso em 08 ago. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. Unidade Municipal de Medicina Veterinária Jorge Vaitsman (UJV). **Toxoplasmose**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em URL: <<http://www0.rio.rj.gov.br/ijv/toxoplasmose.shtml>> Acesso em 03 out. 2014.

SENADORA defende participação de Médicos Veterinários no NASF. **CRMV-MG com Você**. Belo Horizonte, Ano 2, n. 36, p.1, mar., 2011. Disponível em URL: <www.crmvmg.org.br/Boletim/36.pdf> Acesso em 28 jul. 2014.

SILVA, A.T.C *et al.*. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n. 11, p. 2076-2083, nov., 2012. Disponível em URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/07.pdf>> Acesso em 04 maio 2014.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia. **1º Curso de Planejamento para Atuação do Médico Veterinário na saúde Pública** – NASF – 2013. Botucatu, 2013. Disponível em URL <<http://www.fmvz.unesp.br/?#!/eventos/nasf2/>>, link “Proposta – Leia Mais”. Acesso em 28 jul. 2014.

Anexo A - Modelo de Ofício Circular para ser enviado a Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde

CABEÇALHO DA INSTITUIÇÃO

Minuta de Ofício Circular "Modelo" de encaminhamento do folder NASF

Cidade-UF, ____/_____/2013

Ilustríssimo (a) Senhor(a)

Prefeito (a) e ou Secretário(a) Municipal da Saúde do estado _____

Citando a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, na qual se encontram a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), vimos por meio deste conferir a participação do Médico Veterinário no NASF.

A partir da publicação da referida portaria, os Médicos Veterinários foram incluídos como uma das profissões que compõem os NASFs. A composição dos núcleos deve priorizar a realidade epidemiológica dos territórios do atendimento das necessidades de saúde da população e, sabendo que atualmente as principais doenças emergentes e reemergentes possuem caráter zoonótico, ou seja, são transmitidas entre animais e seres humanos fica clara a importância da participação do Médico Veterinário no NASF, colaborando com a Estratégia de Saúde da Família.

Atenciosamente,

Nome

Cargo

Rodapé da Instituição