

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE VETERINÁRIA**

**A ATUAÇÃO DO MÉDICO VETERINÁRIO NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Sabrina Pereira de Oliveira

**Porto Alegre
2021/2**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE VETERINÁRIA**

**A ATUAÇÃO DO MÉDICO VETERINÁRIO NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Autora: Sabrina Pereira de Oliveira

**Trabalho apresentado à Faculdade de
Veterinária como requisito parcial
para a obtenção da graduação em
Medicina Veterinária**

**Orientadora: Prof. Dra. Marisa Ribeiro de
Itapema Cardoso**

Coorientadora: Dra. Tatiana Regina Vieira

**Porto Alegre
2021/2**

Sabrina Pereira de Oliveira

A ATUAÇÃO DO MÉDICO VETERINÁRIO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Aprovado em 11 de maio de 2022.

APROVADO POR:

Prof. Dr. Marisa Ribeiro de Itapema Cardoso

Orientador e Presidente da Comissão

Prof. Dr. Saionara Araújo Wagner

Membro da Comissão

Prof. Dr. Mauro Riegert Borba

Membro da Comissão

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que me manteve forte e determinada em meu propósito ao longo da caminhada e aqui estou finalizando esta etapa e prestes a realizar um sonho.

Aos meus pais, minha mãe Maria das Graças e meu pai Luiz Carlos por nunca terem medido esforços para me proporcionar um ensino de qualidade e pelo incentivo.

Às minhas irmãs, Paula e Carla pelo companheirismo, pela cumplicidade, pelo apoio, por sempre me motivarem estando presentes nos momentos alegres e difíceis da minha vida.

Aos amigos por toda compreensão, pelos momentos de ausência, pela amizade incondicional e pelo apoio.

À professora Marisa Cardoso por ter aceitado ser minha orientadora e à Tatiana Regina por ser minha coorientadora. Ambas desempenharam tal função com tamanha competência conduzindo o trabalho com paciência e dedicação, sempre disponível a compartilhar todo o seu vasto conhecimento. Muito eu aprendi com vocês e serei eternamente grata por tudo.

Aos professores, por todos os conselhos, pelos ensinamentos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiaram o meu aprendizado.

Aos meus colegas de graduação com os quais convivi intensamente durante essa jornada, pela troca de experiências que me permitiram crescer não só como pessoa, mas também como formada. Quero agradecer em especial à minha colega e amiga Virnalisi por todo o companheirismo e apoio e também ao Fábio. Como é bom dividir esse momento com vocês.

Aos meus colegas de serviço que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho, vocês foram fundamentais nesse processo.

RESUMO

Antes da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, uma parcela da população brasileira não era atendida pelo sistema público de saúde em casos de doença. O SUS trouxe, entre outros marcos organizatórios, a universalidade e a multidisciplinariedade necessária para atender todas as suas ações abrangentes. O médico veterinário participa dessas ações multidisciplinares desde o surgimento do SUS, porém sua atuação ainda é pouco conhecida pela sociedade. O objetivo do presente trabalho foi apresentar um breve histórico da saúde pública e do SUS, contextualizando a participação do médico veterinário nesse cenário. Observou-se a evolução positiva que o surgimento do SUS trouxe para a população brasileira e a abrangência das ações em saúde que sua organização propõe. Nesse contexto, o médico veterinário tem exercido papel fundamental em ações de vigilância epidemiológica e sanitária, principalmente em programas de controle de zoonoses e de inocuidade dos alimentos. A partir de 2011, passou a ser capacitado a participar de programas de saúde da família, sendo integrado na atenção básica à saúde. Apesar do seu papel importante no SUS, observa-se um desconhecimento de sua participação mesmo entre os estudantes e profissionais da área. A ênfase sobre a sua importância como ator na Saúde Pública deve iniciar na sua formação durante a graduação e pela valorização de suas atividades nas equipes multidisciplinares desde a atenção básica em saúde.

Palavras-chaves: Saúde Pública; Medicina Veterinária; Sistema Único de Saúde; Atenção Básica em Saúde; Vigilância Sanitária.

ABSTRACT

Before the regulation of the *Sistema Único de Saúde* (SUS), in 1990, a portion of the Brazilian population was not served by the public health system in cases of illness. The SUS brought, among other organizational landmarks, the universality and the multidisciplinary approach necessary to meet all its comprehensive actions. Veterinarians participate in these multidisciplinary actions since the beginning of the SUS, but their roles in the system are still little known by society. The objective of the present study was to present a brief history of public health and the SUS, contextualizing the participation of veterinarians in this scenario. It was observed the positive contribution that the emergence of the SUS brought to the Brazilian population and the broad scope of health actions that its organization proposes. In this context, veterinarians have played a fundamental role in epidemiological and sanitary surveillance actions, mainly for zoonosis control and food safety programs. Since 2011, veterinarians are allowed to participate in family health programs, being integrated into primary health care. Despite their important role in the SUS, there is a lack of knowledge of their participation even among students and professionals in the area. Emphasis on veterinarians importance as key participants in the public health system should begin during undergraduation course and continuing by valuing their activities in multidisciplinary teams from primary health care.

Key words: Public Health; Veterinary Medicine; Unified Health System; Primary Health Care; Health surveillance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Blocos de financiamento do Sistema Único de Saúde.....	27
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
ESF	Equipes de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IAPAs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RCL	Receita Corrente Líquida
Sinan	Sistema Nacional de Agravos Notificáveis
SINPAS	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamento público em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VISAs	Vigilância Sanitárias

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	11
3	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	19
3.1	O Sistema Único de Saúde e seus objetivos	19
3.2	Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde	20
3.2.1	Princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde.....	21
3.2.2	Princípios organizacionais do Sistema Único de Saúde.....	22
3.3	O financiamento e o futuro do Sistema Único de Saúde	24
3.3.1	O financiamento do Sistema Único de Saúde	24
3.3.2	O futuro do Sistema Único de Saúde	28
3.4	A multidisciplinaridade no Sistema Único de Saúde	29
4	A MEDICINA VETERINÁRIA NA SAÚDE PÚBLICA	31
4.1	O surgimento da Medicina Veterinária	31
4.2	A Medicina Veterinária Preventiva e a Medicina Veterinária em Saúde Pública	31
5	ATUAÇÃO DO MÉDICO VETERINÁRIO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	35
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
	REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

A medicina veterinária no Brasil surgiu para promover ações relativas à saúde dos animais, principalmente com o objetivo de reduzir os impactos econômicos gerados pelas patologias que os acometiam. Ao longo dos anos, houve a conscientização que a população humana era suscetível a doenças infecciosas transmitidas a partir de reservatórios animais e pelo consumo de alimentos contaminados. Essa circunstância direcionou as atenções das práticas veterinárias também para aspectos populacionais e preventivos em saúde pública, através da aplicação de fundamentos epidemiológicos e avanços na produção de produtos de origem animal (ARMELIN, 2016).

Quando levantamos o tema a respeito das zoonoses e os riscos que estas causam, observa-se uma falta de informação, ou desinformação por parte da população. Esse cenário está relacionado à falta de interesse, desconhecimento de como ter acesso a fontes confiáveis, ou difusão de notícias falsas, principalmente por meio de redes sociais. Aos médicos veterinários cabe informar e conscientizar a comunidade, exercendo papel de educador em prol da promoção e proteção da saúde (TOME, 2010).

A participação do médico veterinário em equipes de Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica já estavam prevista na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse âmbito, sua participação tem sido decisiva para a prevenção e monitoramento de zoonoses e pela investigação de surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos, apenas para citar atividades mais conhecidas pela população. Em 2011, o médico veterinário foi incluído na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) por meio da PORTARIA N° 2.488/2011, passando a compor as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (BRASIL, 2011; PRESTES, 2016; ANJOS *et al.*, 2021). Com essa decisão, o médico veterinário foi incorporado na atenção básica em saúde, princípio basilar na organização do SUS.

Apesar de sua importância no SUS, o escopo de sua atuação é ainda desconhecido da população e, mesmo, de profissionais de saúde. O próprio médico veterinário muitas vezes tem dificuldade em se posicionar como profissional da saúde ou reconhecer essa área como uma possibilidade no leque de atividades que pode escolher durante sua formação. Entretanto, o vasto conhecimento obtido durante a graduação possibilita que o médico veterinário atue em uma série de atividades como parte de equipes multiprofissionais, vindo a contribuir na gestão, planejamento e ações de projetos em prol da promoção, prevenção, proteção e reabilitação e do bem-estar cuidando da saúde dos seres humanos, dos animais e do meio ambiente.

A partir disso, a presente revisão teve por objetivo destacar a atuação do médico veterinário no Sistema Único de Saúde, apresentando um breve histórico do SUS e as diretrizes que resultaram na inserção do médico veterinário nesse Sistema.

2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Desde o período da colonização do país até o final do século XIX, as intervenções no âmbito da Saúde Pública foram relacionadas a esforços pontuais para o controle de epidemias e endemias que assolavam o país. Doenças como a lepra, tuberculose, febre amarela, malária e varíola eram enfermidades de grande preocupação, pois acometiam um número elevadíssimo de pessoas resultando em muitos óbitos. Os impactos sociais e econômicos eram profundos, pela desestruturação social e perda de mão-de-obra, impactando no Brasil colonial e posteriormente no Império (WAILLA, 2017).

As ações tomadas naquela época eram limitadas e visavam, principalmente, o controle de surtos. Neste sentido, medidas sanitárias eram realizadas quase que exclusivamente nos portos, devido ao escoamento de mercadorias extraídas do país, e nos centros urbanos devido a sua importância econômica. A assistência médica era exclusivamente acessível à classe dominante e abastada, sendo exercida por poucos médicos formados nas escolas europeias. Já para o restante da população, o acesso à saúde se restringia aos cuidados de boticários, curandeiros e práticas de sangrias. Tal situação começou a se modificar apenas após a chegada de Dom João VI ao Brasil. A presença da família Real impulsionou a criação das primeiras Santas Casas de Misericórdia (destinadas ao atendimento de pobres, índios e viajantes) e a fundação das Escolas de Medicina no Rio de Janeiro (1813) e na Bahia (1815) (WAILLA, 2017).

Na época da Proclamação da República, o cenário era de uma população caracterizada por um povo recém-liberto da escravidão com domínio oligárquico representado por duas vertentes políticas antagonistas: os coronéis que exerciam um protagonismo político eleitoral; e os bacharéis, representantes literatos na política. Nesse período, as ações de saúde e saneamento bem como, de educação eram de responsabilidade de cada Estado (LIMA, FONSECA, HOCMAN, 2005).

Assim, no período da Primeira República, persistia a ocorrência de endemias e epidemias e a situação da saúde era agravada pelas precárias condições de saneamento básico. Devido a esse quadro e mantendo a lógica do Brasil colônia, campanhas sanitárias foram adotadas em portos e em centros urbanos de grande interesse econômico como o Rio de Janeiro e São Paulo. Essas iniciativas serviram de modelo de intervenção estatal e foram

replicadas, mais tarde, e com diferente abrangência, em outras cidades e regiões do território nacional (WAILLA, 2017).

Em 1900, resultante dos grandes esforços para controlar a peste bubônica no porto de Santos, foram criadas duas importantes instituições de pesquisa biomédica e de saúde do país: o Instituto Soroterápico Federal, mais tarde denominado Instituto Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro; e o Instituto Butantã em São Paulo. Essas instituições eram compostas por uma nova geração de médicos com formação em bacteriologia e influenciados por pesquisas científicas. Viriam a ter uma forte influência no combate às doenças transmissíveis e nas ações referentes à saúde pública (WAILLA, 2017; LIMA, FONSECA, HOCMAN, 2005).

As políticas sanitárias no Brasil tiveram início, de fato, a partir do governo de Rodrigues Alves, entre os anos de 1902 e 1906. Oswaldo Cruz, sanitarista desse grupo de vanguarda científica e fundador do Instituto Soroterápico, recebeu a incumbência de introduzir iniciativas de saneamento e urbanização, seguidas de ações específicas de saúde para o combate de enfermidades epidêmicas de importância. Apesar de suas medidas terem sido consideradas bastante drásticas, representaram um grande avanço no combate das epidemias. A partir deste movimento, surgiu o Código Sanitário, o qual previa a desinfecção domiciliar, arrasamento de edificações consideradas nocivas à Saúde Pública, a atuação de polícias sanitárias e a notificação permanente de casos de febre amarela, varíola e peste bubônica. Essas ações ocorriam, principalmente, em regiões mais pobres das cidades; áreas essas com uma maior densidade demográfica e de grande pobreza (FIOCRUZ, 2022).

Em 1904, ocorria um grande surto de varíola no Rio de Janeiro, porém a população rejeitava a vacina existente, motivada por boatos que circulavam sobre o risco de ser vacinado. Oswaldo Cruz motivou o governo a instaurar a vacinação obrigatória em todo território nacional. Apenas indivíduos que comprovassem terem sido vacinados conseguiam contratos de trabalho, matrículas em escolas, certidões de casamento e autorização para viagens. E foi neste contexto histórico que ocorreu a Revolta da Vacina na cidade do Rio de Janeiro, envolvendo a revolta popular pela obrigação de ser vacinado associado a outros interesses de cunho político que se somaram ao movimento (FIOCRUZ, 2022).

Em decorrência de todos os acontecimentos durante a Revolta, Rodrigues Alves se viu forçado a desistir da vacinação obrigatória; as doenças permaneceram circulantes, entretanto iniciou-se a mudança na postura do governo em relação às campanhas de vacinação. A

aceitação da vacina por parte da população também foi aumentando e, em 1908, quando o Rio de Janeiro sofreu uma violenta epidemia de varíola, o povo procurou em massa os postos de vacinação em um comportamento oposto ao observado na época da Revolta da Vacina (BARBOZA, RÊGO, BARROS, 2020).

A preocupação com a Saúde Pública esteve restrita aos grandes centros urbanos até 1905, quando expedições promovidas pelo Instituto Manguinhos ao interior do país tiveram início. Médicos enviados pelo Instituto Oswaldo Cruz participaram dessas expedições pelos sertões do território nacional, se deparando com uma realidade social e sanitária de abandono e miséria nestas regiões (WAILLA, 2017; TAMANO, 2017). Por requisição da Inspetoria de Obras Contra as Secas, ocorreram expedições (1909) com a finalidade de realizar um levantamento das reais condições epidemiológicas e socioeconômicas das regiões vizinhas ao rio São Francisco, além de outras áreas correspondentes ao Nordeste e Centro-Oeste. Essas expedições realizavam, também, levantamento das condições meteorológicas e geológicas, entre outras. Chefiadas pelos pesquisadores Belizário Penna e Arthur Neiva, essas expedições registraram as condições médico-sanitárias, sociais, econômicas, alimentares e culturais da população local. Ambos apontaram o descaso do poder público, denunciando a situação precária na qual vivia a população em meio à deficiência alimentar, ausência de hospitais, médicos, escassez econômica e o grande número de enfermos. Além disso, relataram a dependência da influência dos mandatários locais (LIMA, FONSECA, HOCMAN, 2005; TAMANO, 2017).

A partir das críticas e denúncias publicadas em seus relatórios, uma forte pressão partiu das classes intelectuais sobre políticos e o Governo, acarretando na criação, em 1918, da Liga Pró-Saneamento do Brasil. Esse grupo defendia que as relações econômica, social e moral da nação e exigiam compromisso do poder público com a melhoria das condições de saúde da população rural (LIMA, FONSECA, HOCMAN, 2005; TAMANO, 2017).

Como resultado desse movimento de expansão sanitária no interior do país, outras conquistas foram obtidas tais como: reformulação e ampliação dos serviços sanitários federais, a criação do Serviço de Profilaxia Rural e o Departamento Nacional de Saúde Pública - DNSP (1919). Além disso, houve mudança de pensamento no sentido de encarar a saúde do país como uma questão social e política (LIMA, FONSECA, HOCMAN, 2005; TAMANO, 2017; WAILLA, 2017).

No ano de 1923, surgiu o conceito de seguro social através da Lei Eloy Chaves (Lei nº 4.682/23), nesta ocasião foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Esse sistema contemplou primeiramente trabalhadores ferroviários e, posteriormente, marítimos e estivadores. Mais uma vez, a maioria da população continuava excluída. A gestão das CAPs era bipartite, isto é, havia participação financeira das empresas e trabalhadores, cabendo ao Estado apenas a responsabilidade gerencial. A Lei Eloy Chaves, por sua vez, passou a conferir um estatuto legal a movimentos já existentes, organizados por trabalhadores de fábricas que pressionavam por elementos de proteção social. Esses movimentos buscavam garantir pensões em casos de acidentes ou afastamentos de trabalho por doença, bem como uma aposentadoria no futuro. Duas greves gerais, uma em 1917 e outra em 1919, lideradas por imigrantes, em especial italianos, marcaram essa fase histórica (WAILLA, 2017).

Na década de 30, durante o período Varguista, houve a consolidação da Previdência Social e a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), fazendo com que a área da saúde ganhasse maior visibilidade e espaço como política efetiva dentro do governo. Na mesma época, houve o fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz e a criação do Instituto Nacional do Câncer (BARBOZA, RÊGO, BARROS, 2020).

A previdência social e saúde ocupacional foram institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Esse, porém, era voltado aos trabalhadores inseridos no mercado formal que passaram a ser amparados por princípios corporativos que os reconheciam como cidadãos, inseridos no sistema previdenciário. Ao MESP ficava a responsabilidade da Saúde Pública, amparando toda a população que não era contemplada pela medicina previdenciária. Dessa forma, serviços de saúde eram prestados aos considerados “pré-cidadãos” (pobres, desempregados e trabalhadores informais) os quais eram excluídos das prestações de serviços oferecidos pelas caixas e pelos institutos previdenciários (LIMA, FONSECA, HOCMAN, 2005).

Em 1933 ocorre a unificação das CAP's que se transformaram em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's) de caráter tripartite, onde o Estado fazia parte da gerência e tinha participação financeira. Nesse momento, a previdência social é estendida abrangendo a maior parte dos trabalhadores urbanos e os benefícios são direcionados por categorias. Esse direcionamento se dava em resposta às lutas e reivindicações dos trabalhadores, num ambiente de grande ascensão da industrialização e urbanização. Acentuava-se, assim, a assistência médica através de serviços próprios e pela compra de serviços do setor privado

(LIMA, FONSECA, HOCMAN, 2005; PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, BAHIA, MACINKO, 2011; WAILLA, 2017).

Contudo, a Saúde Pública ainda estava longe de ser uma pauta democrática, pois os processos de tomada de decisão e de gestão do sistema ainda se mantinham de modo centralizado, em grandes burocracias e sem a participação popular. A assistência à saúde ainda se dava de forma contributiva, excluindo a maior parte da população que permanecia dependente de ações de caridade. O maior desafio que a Saúde Pública enfrentava ainda era a prevalência de doenças endêmicas rurais. Na época, conviviam dois modelos de intervenções na área da saúde: o modelo sanitarista/campanhista com ações de Saúde Pública com uma abordagem coletiva e ambiental da doença; e o modelo curativo/privatista com ações de assistência médica através das CAP's e da medicina liberal (LIMA, FONSECA, HOCMAN, 2005; PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, BAHIA, MACINKO, 2011; WAILLA, 2017).

Apenas em 1953 o Ministério da Saúde é criado como pasta independente. No entanto, a assistência médica continuava de cunho previdenciário (BARBOZA, RÊGO, BARROS, 2020).

Após 1964, ocorreu a implantação de reformas governamentais, causando grande impacto na Saúde Pública e na medicina previdenciária. Os IAP's sofrem unificação, surgindo o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) que passou a concentrar todas as contribuições da previdência e a gerenciar aposentadorias, pensões e a assistência médica dos trabalhadores formais. Porém, ainda permaneciam excluídos da assistência à saúde os trabalhadores rurais e informais e os desempregados. O sistema assistencial empregado pelo INPS é marcado pela mercantilização dos serviços privados de saúde com um modelo de assistência hospitalar, curativa, individualista, restritiva e centralizada no médico. Esse sistema se sustentou com a utilização dos recursos previdenciários, levando à falência tanto o sistema de saúde como a assistência previdenciária (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, BAHIA, MACINKO, 2011; WAILLA, 2017).

Ainda na década de 60, é realizada a III Conferência Nacional de Saúde, evento considerado como marco da construção do modelo de saúde do país. Na sua pauta constava a descentralização, a horizontalidade, a integralidade das ações de saúde, e a ampliação e articulação dos serviços de saúde a partir das reformas sociais (LIMA, FONSECA, HOCMAN, 2005; TAMANO, 2017; WAILLA, 2017).

O cenário em que a saúde do país se encontrava era desfavorável; os recursos públicos, em especial os previdenciários, eram destinados ao financiamento de um sistema baseado em um modelo assistencial que não atendia às necessidades da coletividade e com um ponto de vista bastante distante das condições sanitárias. Assim, as demandas não eram atendidas e um grande gasto financeiro era gerado. O quadro que se tinha no país era o de uma saúde pública desvalorizada quanto ao seu modelo sanitarista/campanhista e o Ministério da Saúde desprestigiado com atuação limitada e poucas ações para erradicação de endemias (WAILLA, 2017).

Diante do contexto precário no qual a Saúde Pública e o sistema previdenciário se encontravam, surgiram movimentos em prol de mudanças na área da saúde envolvendo diversos setores da sociedade. Neste sentido, a reforma sanitária do Brasil tinha como conceito político e ideológico a saúde como uma questão biológica a ser resolvida no campo médico, bem como uma questão social e política a ser debatida em espaços sociais. Aliaram-se às lutas dos movimentos de base e dos sindicatos, professores de saúde pública, pesquisadores da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) entre outros profissionais da saúde de orientação progressista. Impulsionado por esses movimentos, em 1976 foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), responsável pela organização do movimento da reforma sanitária. Em 1979, tem-se a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Ambas as organizações foram de extrema importância ao avanço das reformas (WAILLA, 2017).

Do ponto de vista da administração pública, é criado, em 1977, o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), o qual incluía o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que tinha por objetivo centralizar a administração previdenciária, mas passou a ser também um órgão prestador de assistência médica (ROCHA, CESAR, RIBEIRO, 2013). Apesar disso, não conseguia manter o controle da mortalidade e morbidade infantil. A falta de critério na contratação de serviços médicos pesava no orçamento e tanto profissionais da área da saúde quanto a população se mostravam insatisfeitos com o sistema (ROCHA, CESAR, RIBEIRO, 2013).

Em 1978, ocorreu a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde em Alma-Ata, Cazaquistão, onde foi reafirmada a saúde como um direito humano universal e de responsabilidade de seus governantes. Declara-se que é fundamental o cumprimento de medidas sanitárias e sociais adequadas para que um povo atinja um nível de saúde satisfatório

que lhe permita ter uma vida social e econômica de forma produtiva (OMS, 1978; WAILLA, 2017). Essa declaração viria a inspirar o movimento sanitarista brasileiro servindo de base para novas discussões como as realizadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Essa Conferência ficou conhecida como a primeira conferência com participação popular, contando com a representação de membros da sociedade, profissionais da área da saúde, de partidos políticos, organizações não governamentais e de movimentos sociais. Além disso, teve como pauta a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, a reformulação do sistema de saúde do país e seu financiamento e a ampliação do conceito de saúde (ROCHA, CESAR, RIBEIRO, 2013; WAILLA, 2017).

No ano de 1988, são institucionalizadas as políticas de assistência social na Constituição Cidadã, na qual são inseridas as propostas originadas do debate do movimento sanitarista. Os artigos 196 a 200 da Constituição Federal Brasileira de 1988 servem como base para a estrutura legal das políticas de saúde e para a criação do Sistema Único de Saúde (ZIONI, ALMEIDA, FILHO, 2013).

Conforme estabelecido no artigo 196,

“A saúde se torna um direito de todo cidadão e o Estado tem o dever de garanti-lo mediante políticas sociais e econômicas visando reduzir o risco de doenças e outros agravos devendo ser de acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O artigo 198 estabelece o SUS como uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único público mediante diretrizes tais como: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (LIMA, FONSECA, HOCMAN, 2005; TAMANO, 2017; WAILLA, 2017).

A regulamentação do Sistema Único de Saúde ocorreu efetivamente em 1990, com a publicação de suas leis orgânicas (Lei nº 8080 e 8142). A Lei 8.080 de 19 de setembro dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde além da organização e funcionamento dos serviços de saúde. Ainda, são dispostas as suas doutrinas: universalidade, equidade e integralidade; e seus princípios: regionalização e hierarquização, resolutividade, descentralização e a participação da comunidade (BRASIL, 1990 a).

Apesar da participação da comunidade ser mencionada na lei 8080/90, sua garantia como atores na gestão do SUS só foi estabelecida legalmente através da lei nº 8.142. Influenciada pelas discussões ocorridas na VIII Conferência Nacional de Saúde, tal normativa

prevê obrigatoriedade da representação dos usuários nos órgãos colegiados de forma paritária em relação aos demais segmentos. Esta lei prevê, ainda, as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a saúde definindo a alocação de recursos do Fundo Nacional de Saúde; institui os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde (BRASIL, 1990 b).

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Desde a sua primeira normatização a partir das leis orgânicas, o SUS vem sendo aprimorado baseado sempre em seus princípios e diretrizes. Ao longo deste tempo avanços e desafios foram enfrentados. Dificuldades no aporte de recursos para a implementação e efetivação do sistema foram um dos principais entraves para o sucesso do SUS.

No texto da Constituição Federal definiu-se a saúde como um direito e assegurou-se que a mesma estivesse ao alcance de todos de forma integral. O Sistema Único de Saúde tem como base da sua formulação: A Constituição Federal de 1988, a Lei 8.080 de 1990 e a Lei 8.142 de 1990 que indicam os elementos básicos que irão estruturar e organizar o sistema com relação: aos objetivos, aos princípios, às diretrizes e à multidisciplinariedade (MATTA, 2007; BRASIL, 1988, 1990 a, 1990 b).

O Sistema Único de Saúde foi elaborado a partir de diretrizes, onde a saúde deve ser atendida de forma descentralizada, integral, tendo a participação da comunidade. O orçamento para seu funcionamento provém dos recursos da seguridade social, União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Também é prevista a contratação da iniciativa privada de forma complementar. Ações foram atribuídas ao SUS tais como: controle e fiscalização de produtos, execução e ações em vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador, formação de recursos humanos na área, formulação de políticas, desenvolvimento científico e tecnológico, fiscalização e proteção do meio ambiente. Isso nos dá uma dimensão do grau de abrangência e complexidade do SUS (BRASIL, 1990 a, 1990 b).

Segundo Matta (2007) os princípios e diretrizes que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) servem como base para guiar o funcionamento e a organização do mesmo, vindo a afirmar a conquista histórica através do povo brasileiro expressando os formatos democráticos, humanistas e federalistas que caracterizam a materialização do SUS.

3.1 O Sistema Único de Saúde e seus objetivos

Segundo a lei 8080/1990, que regulamentou o SUS, são seus objetivos descritos conforme Art. 5º da lei 8080/2019:

- i. Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

- ii. Formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, o acesso universal e igualitário conforme Art. 5º, lei 8080/ 2019 (BRASIL, 2019).
- iii. Assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e preventivas.

Diferente do modelo biomédico ou modelo médico-hospitalar, cujo objetivo é atuar frente ao alívio da dor e a resolução das patologias, a observação dos fatores condicionantes e determinantes de saúde pretende entender as várias dimensões que compõem o homem. Neste sentido, os determinantes e condicionantes de saúde formam um sistema complexo que possui relevância sobre a saúde e o desenvolvimento de patologias (CALDAS *et al.*, 2021). A multiplicidade de fatores de origem social, econômica, cultural, ambiental e biológica como alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais à saúde podem determinar o equilíbrio entre saúde-doença (CARRAPATO, CORREIA, GARCIA, 2017).

Dessa forma, a formulação de políticas públicas deve visar atender à população não só quanto ao binômio doença/saúde e sim quanto à prevenção, com o intuito de reduzir os gastos em resgatar a saúde em um nível mais alto de complexidade. Para tanto, o SUS conta com ações nos campos da vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, além da assistência terapêutica integral e farmacêutica. O Sistema participa ainda da formulação de uma série de políticas na área de saúde, ações de execução de saneamento básico, fiscalizações e formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988).

3.2 Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde

Pensando em um Sistema Único de Saúde acessível a todos em território nacional de forma plena e justa, princípios doutrinários e organizativos foram estabelecidos. Quando nos referimos aos princípios doutrinários esses são referentes a uma ideia filosófica, ideológica e cognitiva que permeia a uma implementação do sistema e personifica o amplo conceito de saúde e o princípio do direito à saúde; temos como princípios doutrinários: a universalidade, a integralidade, a igualdade, a equidade (RONCALLI, 2003; MATTA, 2007).

Quanto aos princípios organizativos do SUS eles servem para orientar a forma de como o sistema deve funcionar com base nos princípios doutrinários (RONCALLI, 2003) sendo estes: a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; a regionalização; a hierarquização da rede de serviços de saúde; e a participação da comunidade como ponto fundamental (BRASIL, 1990; MATTA, 2007).

Segundo Matta (2007), os princípios são a base filosófica, cognitiva e ideológica referente ao SUS; enquanto as diretrizes definem o “como”, são a forma de estratégia e meio de como será organizado o sistema e como este será concretizado.

3.2.1 Princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde

O princípio da universalidade de acordo com o art. 196 da Constituição Federal traz que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Assim sendo, a saúde é um direito de todo cidadão e é assegurado por lei não devendo ser vista como um serviço que se tem acesso mediante pagamento direto ou em forma de contribuição (MATTA, 2007), ou seja, segundo esse princípio deixa de haver distinção entre a população urbana e rural, entre contribuintes e não contribuintes. Esse princípio veio para sanar a diferença histórica na Saúde Pública brasileira, onde apenas a população formalmente engajada no mercado de trabalho urbano tinha algum acesso aos serviços de saúde.

O princípio da equidade significa que todo cidadão brasileiro é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades. Entretanto, assumem que é preciso tratar desigualmente os desiguais, considerando as demandas tanto coletivas quanto as individuais, para poder atender de forma distinta cada qual dentro de suas necessidades. Tratam-se as iniquidades sociais e econômicas as quais contribuem para a desigualdade no acesso, na gestão, na produção dos serviços de Saúde Pública e busca reconhecer a diversidade e a pluralidade a fim de reduzir as diferenças. Esse princípio tem como desafio a formulação de estratégias que visem retratar a participação e a emancipação cívica e social, uma vez que reconhecem a iniquidade do sistema de saúde e a distribuição das riquezas do nosso país (MATTA, 2007).

O princípio da integralidade é abordado de quatro formas. A primeira traz que, de acordo com a Constituição, o atendimento deve ser integral. Preconizam-se as ações preventivas, não oferecendo prejuízo algum às atividades assistenciais; isto é, o SUS deve atender às necessidades dos usuários desde a aplicação de uma vacina até a realização de um procedimento de maior complexidade a exemplo de um transplante. A segunda forma diz respeito ao processo saúde/doença que visa atender o cidadão como um todo, levando em consideração suas questões biológicas, suas relações com a sociedade e o meio ambiente do qual faz parte. A terceira trata da formulação de políticas de saúde que visem à integralidade que busca prestar atenção a grupos específicos como, por exemplo, a política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra, entre outras. A quarta forma de integralidade traz a importância da formação de trabalhadores da área da saúde capazes de identificar a integralidade como eixo norteador no processo educativo (MATTA, 2007; FUNDAÇÃO FERNANDO HENRIQUE CARDOSO, 2022).

3.2.2 Princípios organizacionais do Sistema Único de Saúde

A descentralização é definida como a redistribuição do poder político, das responsabilidades, dos recursos, das ações e serviços de saúde a outros níveis governamentais além da União, sendo estes: o Distrito Federal, os estados e municípios. Cada esfera terá sua própria direção do SUS correspondente: na União o Ministério da Saúde; nos estados e Distrito Federal as secretarias estaduais de saúde ou órgãos equivalentes; nos municípios as secretarias municipais de saúde. As atribuições e responsabilidades que devem ser cumpridas são definidas pela legislação do SUS e suas Normas Operacionais (NOB-SUS) que explicam com maiores detalhes os processos de descentralização e a NOB-96 que reorienta o desenho do modelo assistencial do Brasil (MATTA, 2007; ROCHA, CESAR, RIBEIRO, 2013).

O SUS, conforme previsto na lei 8080/90 está organizado em instâncias representativas de acordo com cada esfera de governo: o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) responsáveis pelas conexões entre os municípios e as coordenadorias de gestão estadual; e a Comissão Intergestores Tripartite

(CIT) que é responsável pelas conexões entre representantes do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS (BRASIL, 1990; MATTA, 2007).

A regionalização e hierarquização procuram identificar o quadro territorial para assim determinar os perfis populacionais, os indicadores epidemiológicos, as condições em que a comunidade vive e sua condição social para poder direcionar as ações e serviços de saúde mais adequados à região em questão. Cada município tem uma identidade própria e acredita-se que uma gestão mais próxima tem maior capacidade de atender as necessidades de saúde da região e propor a medidas mais assertivas e resolutivas. Assim sendo, a regionalização deverá ser norteadada pela hierarquização nos diferentes níveis de complexidade; isto é, a rede deve prestar ações e serviços de saúde respeitando o princípio de integralidade visando desde intervenções mais simples como a promoção e prevenção até o mais alto nível de exigência como internações. A hierarquização busca reconhecer as necessidades existentes que se referem à complexidade do processo de trabalho na área da saúde para organizar e orientar a rede de serviços existente no SUS (MATTA, 2007).

Nesse contexto, espera-se que o nível primário de atenção (Programa de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde) seja capaz de resolver 80% dos problemas de saúde, enquanto o nível secundário (Centros e ambulatórios de referência) resolve 15% deles e ao nível terciário (hospitais de referência) caberia a resolução dos 5% restantes. Aqui, inclui-se conforme no Art. 7 da lei 8080/2019 o princípio da resolubilidade, pelo qual o serviço correspondente a cada um dos níveis deve ser capaz de enfrentar e solucionar os problemas de saúde individual ou coletiva quando for procurado (BRASIL, 2019).

A diretriz da participação popular é considerada um dos marcos histórico da Reforma Sanitária; segundo Matta (2007) o movimento social no quais trabalhadores da área da saúde, sanitaristas, movimentos sociais organizados, políticos se articularam em luta do direito à saúde para todos, apresentando as bases norteadoras a sustentar o novo sistema de saúde nesse momento histórico. Buscava-se por uma abertura democrática e um modelo mais justo de sociedade, mas de fato a participação social é estabelecida e regulada mais tarde pela Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990).

A participação da população está garantida através de entidades representativas que contribui na formulação de políticas de saúde e no controle da execução dessas políticas. Tal participação ocorre por meio dos Conselhos de Saúde, Instâncias Colegiadas Permanentes,

com caráter deliberativo e fiscalizador, presentes nas três esferas do governo. Os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde são organizados de forma paritária, isto é, a metade de sua composição será constituída por representantes dos usuários do SUS a outra parte pelos gestores, trabalhadores da área da saúde e prestadores de serviço (MATTA, 2007; ROCHA, CESAR, RIBEIRO, 2013 a).

A paridade dos representantes dos usuários do SUS em relação aos demais segmentos nas instâncias de controle social representa o poder de influência da participação popular nas definições e execuções das políticas de saúde. Além dos Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde representam mais um importante fórum de discussões e definições das políticas públicas de saúde. Da mesma forma que nos Conselhos, e seguindo a lógica da descentralização, está prevista a realização de Conferências de Saúde em cada esfera de governo. As Conferências de Saúde atuam na formulação de políticas de saúde através de fóruns públicos realizados de quatro em quatro anos (MATTA, 2007; ROCHA, CESAR, RIBEIRO, 2013b).

Por fim, a participação complementar do setor privado deverá ser adotada quando o setor público for insuficiente, sendo preferencialmente contratadas aquelas sem fins lucrativos como os hospitais filantrópicos. Ao serem contratadas, as entidades privadas obrigatoriamente devem aderir aos princípios básicos e às normas do SUS, na mesma lógica de hierarquização e regionalização, conforme previsto na Lei 8080/2019 (BRASIL, 2019).

3.3 O financiamento e o futuro do Sistema Único de Saúde

3.3.1 O financiamento do Sistema Único de Saúde

A base do Sistema Único de Saúde (SUS) é assegurar o direito à saúde mediante políticas sociais e públicas, cabendo ao Estado buscar os recursos e geri-los a fim de se fazer cumprir o que está previsto em lei. Apesar da previsão de financiamento do SUS constar em suas bases legais, a destinação e alocação de recursos para a efetivação do Sistema sempre foi pauta dos debates entre gestores, trabalhadores, usuários e prestadores de serviços de saúde. Entre os debates quanto à alocação de recursos para o SUS salientam-se: i) o percentual mínimo que deve ser alocado em saúde pelas três esferas de governo, ii) como este percentual deve ser calculado e iii) a definição de gastos em saúde. Sendo assim, ao longo dos anos ficou

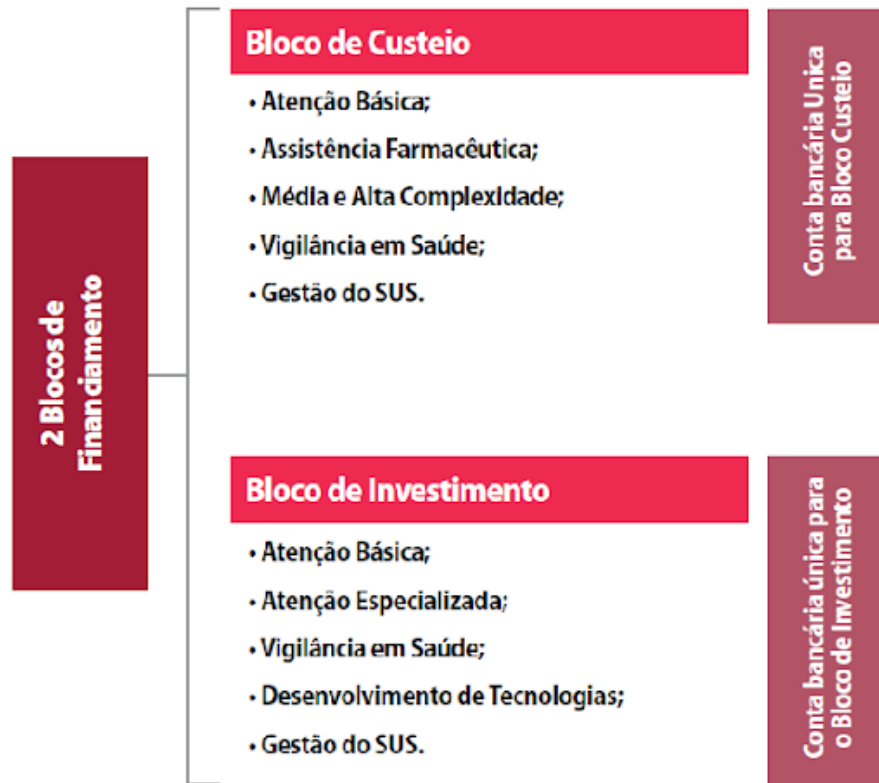
evidente a necessidade de definições claras que norteassem as ações dos gestores do SUS, principalmente, quanto ao seu financiamento. Um dos marcos legais do financiamento da saúde é a Emenda Constitucional nº 29 (EC/29) que mantendo a vinculação de recursos financeiros da seguridade social, definiu os percentuais mínimos de investimento da Receita Corrente Líquida (RCL) para os Estados (12%) e para os Municípios (15%). Porém, apesar deste avanço, ainda se mantinha a indefinição do que deveria ser considerados gastos em ações e serviços de saúde. Além disso, o percentual mínimo vinculado à RCL para a União não foi determinado, dificultando o equilíbrio dos orçamentos e acarretando em gastos mais elevados por parte dos demais entes da federação para os quais esses percentuais foram estabelecidos (BRASIL, 2000; CNM, 2018).

Para o cumprimento mínimo constitucional uma nova lei foi sancionada, a Lei Complementar 141/12 (LC nº141/2012), estabelecendo a obrigatoriedade para todos os entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) os valores mínimos a serem empregados anualmente bem como a realização da declaração e a homologação bimestral dos recursos utilizados na saúde através do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). Essa lei também define o que são gastos em saúde e as despesas que não poderão ser declaradas nas receitas como Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) (BRASIL, 2012; CNM, 2018; TEIXEIRA, TEIXEIRA, 2003).

Mesmo após a publicação da LC 141/12 a garantia de financiamento dos serviços de saúde ainda eram frágeis. Exemplo disso, foram os anos de 2015 e 2016 quando a saúde pública passa por uma série de dificuldades financeira, quando da aprovação da Emenda Constitucional 86/15 que, embora tenha estabelecido um percentual mínimo de investimento por parte da União de 15% referente a RCL, criou um sistema de regras transitórias de escalonamento entre 13,2% a 15% num período de cinco anos o que impactou de modo negativo na arrecadação dos valores da União. Ainda referente a esse contexto, os valores dos *royalties* do petróleo, fonte complementar de investimento para o cumprimento do mínimo constitucional para a área da saúde, que deveriam ser um adicional, passou a fazer parte do mínimo. Ainda na contramão da necessidade do aumento de investimentos para a área da saúde, no ano de 2016 é promulgada, pelo Congresso Nacional, a Emenda Constitucional nº 95 limitando por 20 anos as despesas federais as quais passam a ser corrigidas pela inflação correspondente ao ano anterior e não mais que pelo crescimento da Receita Corrente Líquida (CNM, 2018a).

No ano de 2017 no intuito de resolver esse impasse é publicada a Portaria Ministerial nº 3.992 que altera as normas de financiamento e a transferência dos recursos provenientes da esfera Federal. Definiu-se, então, que os repasses da União seriam realizados fundo a fundo em dois blocos de financiamento (BRASIL, 2017; CNM, 2018b). Sendo assim, as transferências dos recursos federais passam a ser encaminhados para duas contas somente: i) Bloco de Custeio, destinado para manutenção de prestação de serviços das ações e do serviço de saúde; e ii) Bloco de Investimento, referente a receita destinada para ser aplicada na saúde (Fig.1). O intuito dessas mudanças foram o fortalecimento do planejamento e do orçamento, a flexibilização do fluxo financeiro e a facilitação, por parte do gestor, para gerir e para aplicar os recursos de forma mais adequada às ações e programas de saúde pública (CNM, 2018).

Figura 1. Blocos de financiamento do Sistema Único de Saúde constante da Portaria Ministerial nº 3.992 de 2017.



Fonte: Brasil, (2017); CNM, (2018).

Resumindo, o financiamento do SUS é compartilhado entre as três esferas de governo. A receita destinada ao Sistema Único de Saúde deverá ser utilizada exclusivamente em ações e serviços de saúde cumprindo, portanto, as ações determinadas nos Planos de Saúde aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde. Além disso, a transparência do uso dos recursos públicos deve ser máxima em todas as esferas de governo. Apesar disso, as prestações de contas, realizadas através de Relatórios de Gestão, devem comprovar a utilização dos recursos destinados à saúde e o cumprimento das ações previstas nos planos de saúde. Os relatórios de gestão devem ser analisados pelos respectivos Conselhos de Saúde cabendo a estes emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento das normas estabelecidas pela Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012; CNM, 2018).

3.3.2 O futuro do Sistema Único de Saúde

O SUS sofreu sérios obstáculos no seu desenvolvimento histórico diante do subfinanciamento crônico e da falta de prioridade pelos governos (PAIM, 2018).

Em 2018, quando dos 30 anos do SUS, diversos avanços podiam ser identificados, ajudando na redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde e no alcance de resultados no estado de saúde. Entre os seus sucessos a existência de mais de 42.000 equipes de saúde da família, contemplando 130 milhões de pessoas ou 62% da população, declínio da mortalidade infantil, hospitalizações evitáveis, redução das desigualdades raciais na mortalidade etc., foram elencadas (CASTRO *et al.*, 2019). Exemplo desse legado são os avanços no sistema de vigilância em saúde e sanitária, na assistência farmacêutica, nos transplantes, no SAMU e no controle do HIV/ AIDS. E contamos com o Programa Nacional de Imunizações considerado o maior do mundo, como pode ser constatado durante a pandemia de COVID 19 (PAIM, 2018; CONASS, 2020).

Sem dúvida, uma das estratégias mais bem avaliadas e com bons resultados do SUS durante a pandemia foi a ampliação das equipes de Atenção Básica, com priorização da Estratégia Saúde da Família, pela forte capilaridade em todo território nacional (MEDINA *et al.*, 2020).

Entretanto obstáculos como: a) limitadas bases sociais e políticas; b) interesses econômicos e financeiros ligados às empresas de saúde; c) proposta político-ideológica da Cobertura Universal em Saúde; d) desfinanciamento; e) insuficiência da infraestrutura pública; e) reproduções do modelo médico hegemônico são apontadas como temas que devem ser discutidos com atenção (PAIM, 2018). Com insuficientes recursos, o SUS enfrenta problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores, limitando os investimentos para a ampliação da infraestrutura pública. Nesse sentido, a pandemia de COVID 19 amplificou desigualdades no acesso, cobertura e utilização de serviços de média e alta complexidade principalmente no acesso à atenção especializada e hospitalar (PAIM, 2018; BOUSQUAT *et al.*, 2019).

Por fim, o subfinanciamento do SUS é um problema crônico, que só se agravou após a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC95) que congelou gastos públicos por 20 anos. A partir de então, o orçamento do Ministério da Saúde foi congelado em 15% da

Receita Corrente Líquida, a ser atualizada anualmente pela variação do IPCA/IBGE (BOUSQUAT *et al.*, 2019).

3.4 A multidisciplinaridade no Sistema Único de Saúde

O conceito de multidisciplinaridade no SUS está de certa forma, relacionado ao princípio da integralidade que, enquanto diretriz constitucional, prevê o atendimento integral à saúde, priorizando as atividades preventivas sem que os serviços assistenciais sejam negligenciados (BRASIL, 1988). Neste sentido, Peduzzi (2001) salienta que: “os trabalhos que se separam ou se agregam ao trabalho do médico configuram um conjunto diversificado de áreas profissionais, necessárias à implementação da totalidade das ações que podem viabilizar a atenção integral à saúde”.

Da mesma forma que o processo saúde-doença passou a ser considerado um evento complexo que engloba questões abrangentes, a atuação dos profissionais de saúde necessita de modificações, principalmente se levarmos em consideração a hiperespecialização das atividades médicas que, na contramão do conceito amplo do processo de saúde-doença, trata o indivíduo de forma compartimentada. Uma das formas de resolução para esta realidade pode ser vista no atendimento multidisciplinar, o qual tem como característica a aproximação de diferentes disciplinas para a solução de problemas específicos (PEDUZZI, 2001).

Desta forma, é indiscutível a importância da abordagem multidisciplinar, principalmente, pelo aspecto da integralidade nos cuidados em saúde (SILVA, MIRANDA, ANDRADE, 2017). Porém, de acordo com Furtado (2007), esta abordagem carece de iniciativas que estimulem e garantam o trânsito entre as várias disciplinas colocadas lado a lado. O autor exemplifica esta carência a partir da rara existência de canais de troca entre os diversos profissionais. Segundo ele, as diferentes áreas coexistem lado a lado, porém com baixíssima interrelação.

O trabalho em saúde organizado com a presença de profissionais com diferentes formações e níveis de escolaridade no Brasil é uma realidade desde a década de 70 (PEDUZZI, 2001). No entanto, após a criação do SUS e, principalmente, após a ampla difusão do Programa de Saúde da Família (PSF), a equipe multiprofissional deixou de ser um mero aspecto do organograma do setor e passou a ser um ponto estruturante do trabalho em equipe (GOMES *et al.*, 2007).

Apesar do trabalho em saúde apresentar um aspecto multidisciplinar nos diversos tipos de atendimento (hospitais, clínicas, consultórios, entre outros) é na saúde da família que esta multidisciplinaridade se mostra mais evidente, pois essas equipes são determinadas já na criação do Programa como, por exemplo, a equipe composta por, no mínimo: i) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; ii) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; iii) auxiliar ou técnico de enfermagem; e iv) agentes comunitários de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A lista de profissionais de nível superior reconhecidos como da área da saúde conta com 14 categorias, incluindo a profissão de médico veterinário conforme descrito na Resolução CNS nº 287/1998 (BRASIL, 1998).

Por mais estranheza que possa causar à comunidade em geral, a atuação do médico veterinário está intimamente relacionada à saúde humana.

4 A MEDICINA VETERINÁRIA NA SAÚDE PÚBLICA

4.1 O surgimento da Medicina Veterinária

A primeira escola de medicina veterinária do mundo foi fundada em 1762, durante o período do Rei Luis XV, na cidade francesa de Lyon, por influência de Claude Bourgelatno. Três anos mais tarde, seria criada a segunda escola, em Alfort. Essas duas escolas de medicina veterinária, com o ensino voltado para a saúde do animal, serviriam de modelo para a formação de outras escolas de veterinária que viriam surgir tanto na Europa como em outros países (GERMINIANI, 1998).

Em 1810, D. João VI, sob a influência do Conde de Linhares, decreta o primeiro cargo de veterinário no Brasil. O cargo tinha por função a orientação e apoio aos trabalhos de hipologia e hipiatria no 1º Regimento de Cavalaria do Exército (GERMINIANI, 1998; ARMELIN, CUNHA, 2016). O ensino da medicina veterinária no Brasil, porém, iniciou somente no reinado de D. Pedro II. O imperador brasileiro, após visitar a Escola Veterinária em Alfort, demonstrou o desejo de criar uma escola com o mesmo modelo de ensino. Além disso, reconheceu a importância de profissionais com formação na área de saúde animal. Porém, apenas na República surgem as primeiras escolas de medicina veterinária no Brasil: A Escola Veterinária do Exército, com suas atividades iniciadas no ano de 1914, e a Escola Superior de Agricultura e Medicina Veterinária, em 1913. Em setembro de 1933, a partir do Decreto nº 23.133, é regulamentado o exercício da profissão de veterinário no qual são definidas, pela primeira vez, as atribuições da profissão, além do elenco das funções privativas ao médico veterinário (BRASIL, 1933).

Desde então, o número de veterinários tem aumentando no País. Segundo o censo do Conselho Federal de Medicina Veterinária, em novembro de 2020 havia 145,6 mil médicos veterinários no Brasil, com uma tendência de expansão bastante acentuada a cada ano. Atualmente, existe mais de 300 cursos de graduação em Medicina Veterinária no país, o que tem sido motivo de preocupação para o Conselho (CFMV, 2020).

4.2 A Medicina Veterinária Preventiva e a Medicina Veterinária em Saúde Pública

Dr. Calvin W. Schwabe (1927-2006) é considerado o “pai” da Medicina Veterinária Preventiva. Segundo suas palavras, “A medicina veterinária é o campo de estudo que se ocupa

das doenças e da saúde dos animais. Porém, a prática da medicina veterinária é relacionada de diversas formas ao bem-estar dos humanos”. Dr. Schwabe sempre defendeu a integração de diversos aspectos da saúde animal e humana; atribui-se a ele a introdução do termo “uma medicina” que mais tarde teria dado origem ao “*One Health*”, abordagem considerada de extrema importância nos dias atuais (AVMA, 2013).

Segundo Pfuetzenreiter *et al.* (2004), o amplo conhecimento e habilidade dos médicos veterinários em trabalhar com medicina populacional e zoonoses levou esses profissionais a se consolidarem nos serviços de prevenção e no campo de doenças transmissíveis a humanos, trazendo para a saúde pública uma grande contribuição e consolidando a integração proposta por Schwabe.

Conforme Schwabe (1998, *apud* Pfuetzenreiter *et al.*, 2004) após o surgimento das escolas europeias de medicina veterinária, dois direcionamentos na atuação profissional foram percebidos: um voltado ao combate de epidemias que afetam animais de produção; e outro no sentido de coibir o abate indiscriminado de animais para reduzir os riscos à saúde da população. Portanto, as primeiras atividades da medicina veterinária em Saúde Pública ocorreram no século XIX, na indústria da carne. Robert Von Ostertag na Alemanha e Daniel E. Salmon nos Estados Unidos da América deram início ao que se conhece atualmente como proteção dos alimentos (ORGANIZACIÓN PANAMERICA DE LA SALUD, 1975). Porém, apenas após a Segunda Guerra Mundial têm início as atividades voltadas para a população com o uso da epidemiologia no desenvolvimento de programas de controle de zoonoses pelas agências de Saúde Pública. Como consequência da interação com profissionais da medicina humana, os médicos veterinários começaram a ocupar várias posições nas áreas técnicas e administrativas da saúde pública (Pfuetzenreiter *et al.*, 2004).

Em 1946, a Organização da Saúde emprega pela primeira vez o termo Saúde Pública Veterinária e, mais tarde a conceitua como: “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” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1951).

Em 1972 as áreas de atividade do médico veterinário foram assim propostas: a) higiene dos alimentos (inspeção e controle dos alimentos de origem animal); b) saneamento ambiental (atuação no planejamento e instalação de indústrias pecuárias e de processamento

de alimentos de origem animal com relação ao tratamento e destino de dejetos); c) promoção da saúde animal (produção de proteína animal e planificação de programas de profilaxia de enfermidades em animais); d) controle de zoonoses (responsabilidade compartilhada entre os organismos governamentais ligados à agricultura e saúde) (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1972).

Segundo Brites Neto (2006), as funções do médico veterinário em Saúde Pública podem ser divididas em: (a) relacionadas exclusivamente com a saúde animal; (b) de caráter eminentemente biomédico; (c) de administrador em Saúde Pública; e (d) no papel de clínico de pequenos animais. Segundo o autor, o bem-estar físico e mental do homem constitui o principal foco no exercício da profissão. Segundo Nielsen (1997), as questões de maior relevância social apontadas para a profissão no século XX eram: a) produção de alimentos com utilização de métodos sustentáveis levando em consideração o crescimento populacional; b) proteção do meio ambiente contra a degradação e perda da biodiversidade; c) profilaxia das novas zoonoses com potencial epidêmico. No mesmo sentido, a OMS tem ressaltado a importância da participação do médico veterinário no planejamento e avaliação das medidas preventivas e de controle adotadas pelas equipes de Saúde Pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A chegada do século XXI reforçou e ampliou essa inter-relação homem-animal agregando a saúde ambiental na abordagem denominada “*One Health*”, Saúde única ou Unificada em português. Entende-se aqui como um enfoque científico e multidisciplinar visando a saúde e bem-estar dos humanos e animais num ambiente equilibrado, tendo em vista a Saúde do Planeta. Esse esforço colaborativo e de abordagem holística tem envolvido médicos, profissionais em Saúde Pública (entre esses os médicos veterinários), educadores, antropólogos, ambientalistas e muitas outras profissões (CALISTRI *et al.*, 2013).

Após a introdução do movimento “Saúde Unificada” no Brasil em 2007, muitas ações foram conduzidas para sua consolidação. Após 2017, associações de classe, como o Conselho Federal de Medicina Veterinária, também têm colaborado na disseminação do conhecimento na área. Um exemplo da aplicação desse conceito integrativo pode ser visto durante a epidemia de Febre Amarela que ocorreu no Brasil, entre 2017 e 2018, que se deveu pela disseminação de mosquitos, invasão ambiental e exposição de populações não vacinadas. A mortalidade na população de primatas demonstrou a importância dos mesmos como sentinelas e as consequências da destruição ambiental na emergência e re-emergência de zoonoses.

Destaca-se aqui que muitas iniciativas dentro do conceito “*One Health*” já têm sido realizadas em diversas comunidades rurais e urbanas dentro do Sistema Único de Saúde (PETTAN-BREWER *et al.*, 2021).

5 ATUAÇÃO DO MÉDICO VETERINÁRIO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O médico veterinário ao se inserir na equipe multidisciplinar na Saúde Pública pode desempenhar diversas atividades; didaticamente podemos dividir esta atuação em duas frentes: a primeira mais abrangente na qual o profissional veterinário é responsável pelo planejamento, coordenação, promoção e avaliação dos programas integrados à saúde; e a segunda de caráter mais específico, atuando na coordenação, fiscalização e no planejamento do controle de alimentos de origem animal, desde a produção até a comercialização, no controle e erradicação de zoonoses, nos programas de educação sanitária, na análise epidemiológica, na manutenção dos dados analíticos referentes às zoonoses. Graças ao seu conhecimento amplo e habilidades adquiridas ao longo de sua graduação, consegue traçar um elo entre a saúde humana, animal e ambiental, identificando as vulnerabilidades entre esta cadeia complexa, trazendo para essas ações o conceito “*One Health*” (JUNIOR, FONSECA, 2012; ARMELIN, CUNHA, 2016).

A Lei 8080/90, na sua Sessão II, define as competências do SUS no âmbito nacional, estadual e municipal. Entre os itens elencados, consta a vigilância sanitária e epidemiológica. Ao ente nacional cabe definir e coordenar as ações nessas áreas, à esfera estadual cabe coordenar e executar ações em caráter complementar, enquanto a execução de ações de vigilância é atribuição da direção municipal. No seu artigo 6º, define-se o que se entende por vigilância sanitária e epidemiológica (BRASIL, 2019):

§1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e.

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de decidir sobre a

execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida. São funções da vigilância epidemiológica: coleta de dados; processamento de dados coletados; análise e interpretação dos dados processados; recomendação das medidas de prevenção e controle apropriadas; promoção das ações de prevenção e controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas; divulgação de informações pertinentes. O cumprimento das funções de vigilância epidemiológica depende da disponibilidade de dados que sirvam para subsidiar o processo de produção de informação (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2002).

Os dados e informações que alimentam o Sistema de Vigilância Epidemiológica são os seguintes: demográficos, ambientais e socioeconômicos; dados de morbidade e mortalidade; dados oriundos de notificação de emergência em saúde pública, surtos e epidemias. As fontes desses dados, por sua vez, são principalmente as notificações compulsórias. Ressalta-se que há uma constante atualização das enfermidades de notificação compulsória e notificação imediata, em função da situação epidemiológica da doença, como pela emergência de novos agentes, por alterações no Regulamento Sanitário Internacional, e também devido a acordos multilaterais entre países (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Os dados sobre doenças de notificação são incluídos no Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (Sinan) os dados estão disponíveis em www.portalsinan.saude.gov.br. Entre essas doenças constam zoonoses como a Febre amarela, Hantavirose, Leishmanioses, Leptospirose, Peste e Raiva, além de surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos. Em todos esses casos a atuação do médico veterinário na investigação e controle é fundamental para a atuação de equipes multidisciplinares (SINAN, 2022).

A vigilância sanitária, por sua vez, tem como missão a proteção e promoção à saúde da população e defesa da vida. A vigilância sanitária exerce uma importante função para a estruturação do SUS, principalmente no que diz respeito às ações regulatórias e de monitoramento de produtos e ações normativas e fiscalizatórias sobre os serviços prestados à população, como por exemplo, na assistência à saúde. A vigilância sanitária também contribui com ações de fármaco vigilância, ou seja, a investigação de situações que envolvem reações adversas a medicamentos, vacinas e outros produtos para a saúde (BRASIL, 2007).

Quando se fala de ações para eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde observa-se a magnitude do campo de ação da vigilância sanitária e a sua importância para a saúde da

população, sendo o objetivo primordial voltado para minimizar ou eliminar os riscos que podem ser determinantes no processo saúde-doença e podem impactar diretamente nas ações governamentais.

O Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária está organizado em três esferas do governo, sendo elas: Plano Federal (ANVISA), Plano Estadual (VISAs) e Plano Municipal (VISAs), tendo como dever a produção de normas que auxiliam no andamento dos estabelecimentos e estendem-se aos serviços da população, dentro do seu campo específico. Compete ao município executar ações de baixa, média e alta complexidade conforme diretrizes do SUS, onde é realizada a política de insumos e equipamentos para a saúde, contribuindo também com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras (BRASIL, 2015).

Sendo a vigilância sanitária uma área da Saúde Pública, é caracterizada principalmente em função da sua forma preventiva, que engloba promoção, proteção, recuperação e reabilitação de saúde, envolvendo auxílio multidisciplinar e multiprofissional para atingir sua finalidade (GUIMARÃES *et al.* 2010). Entre os profissionais que podem atuar na vigilância sanitária encontra-se o médico veterinário, estando entre suas funções autorizar o funcionamento de estabelecimentos, fiscalizar, penalizar, notificar e colher amostras (BRASIL, 2009).

Em Porto Alegre, a vigilância sanitária é exercida pela Diretoria de Vigilância em Saúde, a qual conta com diversas equipes onde pode haver a atuação de médicos veterinários, entre elas: Alimentos; População Animal; Roedores e Vetores e Dengue (PMPA/DVS, 2022). No âmbito estadual, o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) concentra as atividades de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador e Laboratório Central do Estado. Dentro da vigilância sanitária, destaca-se o Setor de Alimentos, que tem como objetivos coordenar, supervisionar e normatizar as ações da vigilância sanitária de alimentos no Estado a fim de eliminar ou minimizar os riscos à saúde associados à produção e à manipulação destes produtos. Neste contexto, entre as suas competências está a elaboração de normas, a coordenação e a execução de programas de monitoramento de alimentos, a capacitação de técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde e dos municípios, e a coordenação, a supervisão e o acompanhamento das ações de fiscalização de alimentos, bem como a sua execução de forma complementar (RIO GRANDE DO SUL, 2022).

Para além das áreas tradicionais de atuação do médico veterinário no SUS – vigilância epidemiológica e sanitária – a partir de 2011, o médico veterinário foi incluído na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011).

A atenção básica é definida como “a porta de entrada” para o SUS. Ou seja, é o atendimento inicial. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. No Brasil, há diversos programas governamentais relacionados à atenção básica, sendo um deles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), por exemplo, (ARAÚJO, 2013; FIOCRUZ, 2022). Cabe ao médico veterinário na assistência básica, atividades como ações diretas no território da comunidade, apoiar e realizar ações conjuntas com as equipes de saúde no controle e na erradicação das doenças infectocontagiosas, além de apoiar ações com toda a equipe multiprofissional no território adstrito, com o intuito de adquirir conhecimento acerca do modo e do ambiente de vida das pessoas da comunidade, a fim de atuar nas zoonoses associadas ao domicílio (MOUTINHO, 2016).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados a partir da Portaria 154/2008, sendo seu principal objetivo o de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a sua resolutividade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Os NASF são constituídos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento para compor as Equipes de Saúde da Família (ESF) tendo estes profissionais o papel de desenvolver ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de saúde do indivíduo e do coletivo, fazendo o acompanhamento das famílias conforme delimitações pré-estabelecidas. Esse processo aproxima os profissionais e possibilita que possam melhor identificar as necessidades e problemas apresentados pela população traçando um perfil social fidedigno referente a comunidade, direcionando, assim, a atenção à saúde de forma mais assertivas através da elaboração de planos de cuidados e de programas e estratégias voltados à atenção básica à saúde (BRASIL, 2008; ADAMANTE *et al.*, 2020).

Desde a sua inclusão na PNAB em 2011, o médico veterinário, então devidamente reconhecido como profissional de saúde, pode integrar a equipe multidisciplinar da atenção básica a partir da sua atuação nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. A contribuição do médico veterinário nesses núcleos se dá a partir do seu conhecimento referente a doenças transmitidas por animais (zoonoses), doenças transmitidas por alimentos de origem animal, entre outras. Apesar da importância deste profissional na atenção básica, a inclusão do médico veterinário nos NASF não está assegurada, uma vez que cabe ao gestor municipal definir os profissionais de saúde que farão parte destas equipes, sendo essa escolha dependente da demanda e das necessidades locais, além do entendimento de que este profissional (médico veterinário) poderá contribuir para a promoção da saúde da comunidade (BRASIL, 2011; ADAMANTE *et al.*, 2020).

O reflexo da decisão do gestor municipal quanto à contratação de médicos veterinários pode ser visto nos dados de credenciamento desses profissionais no NASF. De acordo com Adamante *et al.* (2020), o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em 2016 mostrava que apenas 133 médicos veterinários estavam cadastrados para atuarem nos NASF em todo território brasileiro, correspondendo a menos de 3% com relação ao número de estabelecimentos implantados (4530) no mesmo ano. Apesar do ano de 2018 demonstrar um pequeno aumento no número de novos veterinários que passaram a atuar nos núcleos (45), este aumento se torna ínfimo quando comparados à totalidade de profissionais atuantes, que em 2020 chegou a 154,9 mil profissionais (CFMV, 2020).

A mudança desta realidade vai além do entendimento dos gestores municipais quanto à importância e a função do médico veterinário na Saúde Pública. É necessário, acima de tudo, o autorreconhecimento desses profissionais como agentes deste processo. A falta de autorreconhecimento, em parte, é dependente do processo de ensino aprendizagem preconizado nas escolas de medicina veterinária no Brasil, nas quais os currículos não dão a merecida atenção às disciplinas da área de saúde pública (JUNIOR, FONSECA, 2012; LECCA *et al.* 2019). Os cursos oferecem uma baixa carga horária voltada ao assunto. Além disso, quando o tema pode ser abordado, como é o caso do ensino das zoonoses, o foco são os prejuízos econômicos frente à embargos de outros países, sendo negligenciado, muitas vezes, os riscos dessas doenças em Saúde Pública, o papel do médico veterinário no seu controle e como se dá a sua interação com o SUS e seus programas (OLIVEIRA, 2020). No que diz respeito às universidades federais do estado do Rio Grande do Sul a carga horária destinada ao ensino em Saúde Pública é empregado um percentual em torno de 3,13 a 10,78%, sendo a

UFRGS a quem mais investe em uma maior carga horária voltada as disciplinas obrigatórias na área de Saúde Pública isso ao longo da graduação (WEISS, 2019; OLIVEIRA, 2020).

Sendo assim, o estudante que optar em seguir na área da Saúde Pública terá um longo caminho a percorrer na busca de conteúdos e capacitações contando com o apoio de professores ligados a disciplinas de epidemiologia e medicina veterinária preventiva e a sua inserção profissional na área possivelmente será dificultosa e solitária (OLIVEIRA, 2020).

Contudo, a mudança de paradigmas quanto à atuação do Médico Veterinário como agente na Saúde Pública pode estar se iniciando. No ano de 2020 em virtude do quadro pandêmico de COVID-19 o Ministério da Saúde incluiu o médico veterinário entre os profissionais da saúde a serem voluntários na ação “O Brasil Conta Comigo - Profissional da Saúde”, conforme o Ministério da Saúde 50% dos veterinários ativos se cadastraram no programa na intenção de enfrentar a pandemia. Não podemos afirmar se esta adesão foi decorrente da mudança de paradigma da função do médico veterinário e seu autorreconhecimento com ator em Saúde Pública, ou somente parte da comoção mundial frente a esta pandemia. O fato é que metade dos médicos veterinários brasileiros estariam dispostos a trabalhar em Saúde Pública, mesmo que não tivessem percebido isso (CFMV, 2020).

A pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2 (Covid-19) deixou evidente o papel e importância de todos os profissionais da área da saúde. Porém, chamamos atenção para o papel dos médicos veterinários neste processo, um dos poucos profissionais que são capazes, devido à sua formação, transitar pelas várias áreas de enfrentamento. O médico veterinário é responsável pela vigilância de portos e aeroportos quanto à entrada de animais e produtos de origem animal no país. Durante a pandemia médicos veterinários mantiveram suas atividades de inspeção em frigoríficos garantindo, assim, o abastecimento interno de proteína animal. (MAPA, 2020). Como vimos diversas foram as áreas de atuação deste profissional no enfrentamento ao vírus, desde vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância ambiental. Porém, o desenvolvimento de vacinas destacou-se entre essas atividades, uma vez que estas trariam a possibilidade de convivermos com o vírus em equilíbrio. Neste cenário, no qual várias empresas buscavam um imunizante capaz de trazer tal equilíbrio, o médico veterinário Albert Bourla chefiava uma das pesquisas promissoras de desenvolvimento dessas vacinas (CFMV, 2020).

A despeito da atuação do médico veterinário na Saúde Pública, Frias, Mariano e Pinheiro Júnior (2009) concluíram:

o médico veterinário é um profissional indispensável para assegurar a saúde da população humana e animal, e que seu trabalho é fundamental para o desenvolvimento da humanidade no aspecto científico, nutricional, sanitário e em perfeito equilíbrio com o meio ambiente e com os animais que aqui habitam.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde passou a atender parte da população brasileira que, historicamente, era desassistida. Inspirada pelos novos paradigmas que aumentaram a abrangência do conceito de saúde para além da “ausência de doença”, incluiu em sua regulamentação e organização atividades que necessitam uma abordagem multidisciplinar.

O médico veterinário foi incluído como profissional das equipes multidisciplinares já na organização inicial do SUS, atuando na vigilância epidemiológica e vigilância sanitária. Posteriormente a possibilidade de sua atuação foi ampliada para a atenção básica em saúde, como participante de equipes ampliadas de Programas de Saúde da Família.

A medicina veterinária, originalmente uma profissão voltada para o atendimento da saúde animal, teve seu foco ampliado pela atuação em áreas que afetam direta ou indiretamente a saúde da população humana. Inicialmente, pela atuação na inspeção de produtos de origem animal, zelando pela sua inocuidade, e posteriormente atuando no controle de zoonoses. O conceito atual de “One Health” demonstra que a participação do médico veterinário é indispensável no enfrentamento de qualquer desafio sanitário que envolva humano-animal- ambiente.

O médico veterinário vem trabalhando durante décadas a serviço da população promovendo ações de saúde contribuindo com seus conhecimentos a reduzir os prejuízos e agravos que as doenças venham a causar ao ser humano. Porém ainda é um profissional visto como atuante no emprego de atividade clínicas e cirúrgicas no que diz respeito aos animais.

A graduação acadêmica torna o médico veterinário um profissional capacitado desempenhar diversas atribuições dentro da saúde pública vindo a contribuir na contínua construção do Sistema Único de Saúde. A prática da medicina veterinária junto aos órgãos de Saúde Pública, porém, ainda sofre resistência por partes dos gestores municipais que não compreendem a importância da inserção do veterinário na composição das equipes de atenção básica a saúde na prevenção, promoção e combate de doenças transmissíveis dos animais ao homem.

Para que o médico veterinário seja mais valorizado na área da Saúde Pública é necessário que a conscientização ocorra primeiramente no meio acadêmico levando mais conhecimento através do aumento da carga horária nas áreas correspondentes a Saúde Pública e trazendo para mais próximo do corpo estudantil experiências através de projetos dentro dessa área a fim de despertar a curiosidade o interesse dos alunos e mostrando outras possibilidades de atuação da veterinária no mercado de trabalho.

Uma vez mudando essa realidade dentro das faculdades de veterinária estaremos contribuindo na promoção de ações de prevenção, recuperação e bem-estar e saúde do homem, do animal e do meio ambiente.

REFERÊNCIAS

- AVMA. American Veterinary Medical Association. **The accidental epidemiologist Dr. Calvin W. Schwabe fathered a generation of veterinary epidemiologists**. 2013. Disponível em: <<https://www.avma.org/javma-news/2013-07-01/legends-accidental-epidemiologist>>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- ANJOS, A. R. S.; ALVES, C. T. O.; NETO, V. A. S.; SANTOS, W. R. A.; SANTOS, D. M.; LEITE, M. J. H. A importância do Médico Veterinário na Saúde Pública. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 10, n. 8, p. 1-8, jul. 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17254>>. Acesso em: 11 abr. 2022.
- ARMELIN, N.T.; CUNHA, J.R.A. O Papel do médico veterinário no sistema único de saúde: uma análise à luz do direito sanitário. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v.5, n. 1, p. 60-77, Brasília, 2016. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/245/343>>. Acesso em: 23 mar 2022.
- BARBOZA, N. A. S.; RÊGO, T.D.M.; BARROS, T. M. R. R. P. A história do SUS no Brasil e a política de saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.6, n. 11, p. 84966-84985, 04 nov. 2020. Disponível em: <<https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/19348>>. Acesso em: 10 mar. 2022.
- BOUSQUAT, A.; AKERMAN, M.; MENDES, Á.; LOUVISON, M.; FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista USP**, São Paulo, v. 1, n. 128, p. 13-26, set. 2021. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/185393>>. Acesso em: 24 abr. 2022.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica** / Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002. 2v, 842p. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia_vig_epi_vol_1.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2022.
- BRASIL. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: **Centro Gráfico do Senado Federal**, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 12 mar. 2022.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990 a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 mar. 2022.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990 b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 12 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. MS. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>>. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica/ Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. 1 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010, n. 27, 152 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário oficial da união**. Brasília, DF, 24 jan. 2008. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 11 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário oficial da união**: seção 1, Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 11 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 28 dez. 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>. Acesso em: 04 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 580, de 27 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde", para o enfrentamento à pandemia do Coronavírus (COVID-19). **Diário oficial da união**: seção 1, Brasília, DF, p.75, 27 mar. 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-580-de-27-de-marco-de-2020-250191376>>. Acesso em: 11 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998**. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Octogésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de outubro de 1998, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dez. de 1990. Brasília, DF, 08 out. 1998. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html>. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica**. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>. Acesso: 23 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.052, de 08 de maio de 2007. Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária. **Diário oficial da União**: Brasília, DF, 08 de mai. de 2007. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1052_08_05_2007.html>. Acesso em: 22 abr. 2022.

BRITES NETO, J. **O papel do médico veterinário no controle da saúde pública**. 2006. Disponível em: <<http://www.saudeanimal.com.br/artig159.htm>>. Acesso em: 23 abr. 2022.

CALDAS, G. R. F.; BARROS, A. C.; LOPES, K. A.; MUNIZ, A. B.; BESSA, E. R. L.; ANJOS, L. M. R.; SILVA, B. Q.; MELO H. S. L. C.; PAIXÃO, D. G. Determinants and constraints of health x pathologies. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. 1-8, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19045>>. Acesso em: 23 abr. 2022.

CALISTRI, P.; IANNETTI, S.; DANZETTA, M. L.; NARCISI V., CITO, F.; SABATINO, D.; BRUNO R.; SAURO F.; ATZENI, M.; CARVELLI A.; GIOVANNINI, A. The Components of ‘One World–One Health’ Approach. **Transboundary and Emerging Diseases**, v. 60, p. 4-13, 2013. . Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/tbed.12145>>. Acesso em: 23 abr. 2022.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 676-689, São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

CARRIJO, D.M.; RESENDE, I. V.; CAMPEBELL, L. M.; ALVES. Y.R.; PAULA, E. M. N. Contribuição da Medicina Veterinária para a Saúde Pública. *In*: III Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar e I Congresso Nacional de Pesquisa Multidisciplinar. Ciências, Biologias e Saúde. **Resumo**. Goiás, 2018. Disponível em: <<https://publicacoes.unifimes.edu.br/index.php/coloquio/article/view/500>>. Acesso em: 12 abr. 2022.

CARVALHO, G. A Saúde Pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, p. 07-26, abr. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>>. Acesso em: 11 abr. 2022.

CASA CIVIL (Brasil). **Decreto nº 23.133, de 9 de Setembro de 1933**. Regula o exercício da profissão veterinária no Brasil e dá outras providências. Rio de Janeiro, 09 set. 1933. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D23133impressao.htm>. Acesso em: 23 mar. 2022.

CASA CIVIL (Brasil). **Decreto nº 64.704 de 17 de junho de 1969**. Aprova o Regulamento do exercício da profissão de médico-veterinário e dos Conselhos de Medicina Veterinária. Brasília, DF, 17 jun. 1969. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d64704.htm#:~:text=D64704&text=DECRETO%20N%C2%BA%2064.704%2C%20DE%2017,dos%20Conselhos%20de%20Medicina%20Veterin%C3%A1ria>. Acesso em: 23 mar. 2022.

CASA CIVIL (Brasil). **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema único de Saúde – SUS, planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 28 de jun. de 2011. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 04 abr. 2022.

CASA CIVIL (Brasil). **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015**. Altera os artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica. Brasília, DF, 17 mar. 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm>. Acesso em: 04 abr. 2022.

CASA CIVIL (Brasil). **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF, 13 set. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 23 mar. 2022

CASA CIVIL (Brasil). **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF, 13 jan. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 04 abr. 2022.

CASTRO, M. C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G.; FILHO-MENEZES, N. A.; ANDRADE, M. V.; NORONHA, K. V. M. S.; ROCHA, R.; MACINKO, J.; HONE, T.; TASCA, R.; GIOVANELLA, L.; MALIK, A. M.; WERNECK, H.; FACHINI, L. A.; ATUN, R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The lancet**, v. 394, p. 345-356, 2019. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)>. Acesso em: 24 abr. 2022.

CAVALCANTI, R. V. D. A medicina veterinária na saúde pública: abordagem em saúde única diante da pandemia do covid-19. **Scire Salutis**, v.11, n1, p.127-133, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2021.001.0014>>. Acesso em: 11 abr. 2022.

CNM. Confederação Nacional de Municípios. **Mudanças no Financiamento da Saúde**. Brasília, DF: CNM, 2018. 40 p. Disponível em: <<https://www.cnm.org.br/biblioteca/registros/todos>>. Acesso em: 23 mar. 2022.

CFMV. Conselho Federal de Medicina Veterinária. **Censo 2017-2020**. dez. 2020. Disponível em: <<https://www.cfmv.gov.br/censo/transparencia/2017-2020/2020/12/11/>>. Acesso em: 23 abr. 2022.

CFMV. Conselho Federal de Medicina Veterinária. **História**. out. 2019. Disponível em: <<https://www.cfmv.gov.br/historia-4/institucional/2019/10/29/>>. Acesso em: 23 mar. 2022.

CFMV. Conselho Federal de Medicina Veterinária. **Médico-veterinário grego lidera esforços por vacina que mostrou 90% de eficácia contra a covid-19**. nov. 2020. Disponível em: <<https://www.cfmv.gov.br/medico-veterinario-grego-lidera-esforcos-por-vacina-que-mostrou-90-de-eficacia/comunicacao/noticias/2020/11/11/>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

CFMV. Conselho Federal de Medicina Veterinária. **O médico-veterinário é profissional de Saúde Pública.** CFMV. Disponível em: <<https://www.cfmv.gov.br/o-medico-veterinario-e-profissional-de-saude-publica/comunicacao/noticias/2020/09/01/>>. Acesso em: 04 abr. 2022.

FARIAS, R.B.; MARIANO, R.S.G.; JUNIOR, O.A.P. A importância do médico veterinário na saúde pública – revisão bibliográfica. **Revista Científica Eletrônica**, ano VII, n. 12, 2009. Disponível em: <<http://faef.revista.inf.br/site/e/medicina-veterinaria-12-edicao-12009.html#tab881>>. Acesso em: 23 mar 2022.

FUNDAÇÃO FERNANDO HENRIQUE CARDOSO. **Saúde no Brasil: a evolução das políticas e os debates do sistema de saúde nas últimas três décadas.** FFHC. 2022. Disponível em: <<https://linhasdotempo.fundacaofhc.org.br/saude/>>. Acesso em: 23 mar 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUS (FIOCRUZ). **Atenção Básica.** FIOCRUZ. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUS (FIOCRUZ). **Linha do tempo.** FIOCRUZ. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 11 n. 22, p. 239-255, ago. 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200005>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

GERMINIANI, C.L.B. A história da medicina veterinária no Brasil. **Archives of Veterinary Science**, v. 3, n. 1, p. 1-8, Brasil, 1998. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/veterinary/article/view/3732/2978>>. Acesso em: 23 mar 2022.

GOMES, R. S.; SILVA, F. H.; PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. – In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS R. A. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas.** 1. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p.19-36. Disponível em: <<https://lappis.org.br/site/trabalho-em-equipe-sob-o-eixo-da-integralidade-valores-saberes-e-praticas/4513>>. Acesso em: 23 abr. 2022.

GUIMARÃES, F. F.; BAPTISTA, A. A. S.; MACHADO, G. P.; LANGONI, H. Ações da vigilância epidemiológica e sanitária nos programas de controle de zoonoses. **Veterinária e Zootecnia**, Botucatu, v. 17, n. 2, p. 151-162, jun. 2010. Disponível em: <[https://www.bvs-vet.org.br/vetindex/periodicos/veterinaria-e-zootecnia/17-\(2010\)-2/acoes-da-vigilancia-epidemiologica-e-sanitaria-nos-programas-de-contro/](https://www.bvs-vet.org.br/vetindex/periodicos/veterinaria-e-zootecnia/17-(2010)-2/acoes-da-vigilancia-epidemiologica-e-sanitaria-nos-programas-de-contro/)>. Acesso em: 24 abr. 2022.

JUNIOR, A. M. F.; FONSECA, A. G. A inclusão do médico veterinário na atenção básica à saúde da família. In: VII CONNEPI - Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação. 19-21 out. 2012, Palmas. **Resumos.** Ciência, tecnologia e inovação: ações sustentáveis para o desenvolvimento regional, 2012, Disponível em: <<https://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/view/5050>>. Acesso em: 12 abr. 2022.

LIMA, N. T.; FONSECA C. M. O.; HOCHMAN. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. – In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.**

20 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-57. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5299738/mod_resource/content/1/N%C3%ADsia%20Lima%20Cristina%20Fonseca%20Gilberto%20Hochman%20-%20A%20sa%C3%BAde%20na%20constru%C3%A7%C3%A3o%20do%20Estado%20nacional%20no%20Brasil%20reforma%20sanit%C3%A1ria%20em%20perspectiva%20hist%C3%B3rica.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2022.

MATTA, G. C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. **EPSJV/FIOCRUZ**, Rio de Janeiro, p. 61-80, 2007. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223>>. Acesso em: 12 mar. 2022.

MEDINA, M. G.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M.H. M.; AQUINO, R. Atenção primária à saúde em tempos de Covid-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, p.1-5, ago. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

MAPA. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Relatório do SIF aponta que não houve paralisação de frigoríficos em decorrência da Covid-19 em setembro**. MAPA. out. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/noticias/relatorio-do-sif-aponta-que-nao-houve-paralisacao-de-frigorificos-em-decorrencia-da-covid-19-em-setembro>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

MOUTINHO, F. F. B. Médico veterinário no núcleo de apoio à saúde da família: um profissional que pode fazer a diferença. **Revista de APS**, Niterói, v. 19, n. 4, p. 635 – 643, dez. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15679>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

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. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9143527/>>. Acesso em: 23 abr. 2022.

OLIVEIRA, D.C.B.S. **O papel do Médico Veterinário na Saúde Pública e sua visibilidade como profissional de saúde: experiência e reflexões**. Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo horizonte, 2020. Disponível em: <<http://repositorio.esp.mg.gov.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/356/TCC%20Daniela%20Carla%20Bernardes%20Silva%20de%20Oliveira%20.pdf?sequence=1&isAllowed=>>>. Acesso em: 20 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata**. URSS, 6-12 set. 1978. p.64. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=4D48527C7B6C6EB08A65B2F64C5BFFF2?sequence=5>. Acesso em: 10 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Educación Médica y Salud. Segundo seminário sobre educación em Medicina Veterinaria en la América Latina. **Publ Cient Oficina Sanit Panam**, 1972; v.6, p.193-451. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/40082?locale-attribute=es>>. Acesso em: 26 abr. 2022.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **A competency-based curriculum for veterinary public health and preventive medicine**. Washington: Paho/ WHO, 1975, 115p.

(Publicación Científica 313). Disponível em: <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/48029/40221.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 1723-1728, Salvador, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO J. Saúde no Brasil: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, Salvador, p.11-31, mai. 2011. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ses-30548>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

PETTAN-BREWER C.; MARTINS, A. F.; ABREU, D. P. B.; BRANDÃO, A. P. D.; BARBOSA, D. S.; FIGUEROA, D. P.; CEDIEL, N.; KAHN, L.H.; BRANDESPIM, D. F.; VELÁSQUEZ, J. C. C.; CARVALHO, A. A. B.; TAKAYANAGUI, A. M. M.; GALHARDO, J. A.; MAIA-FILHO, L. F. A.; PIMPÃO, C. T.; VICENTE, C. R.; BIONDO, A. W. From the Approach to the Concept: One Health in Latin America-Experiences and Perspectives in Brazil, Chile, and Colombia. **Frontiers in Public Health**. v. 9, p. 1-18, 2021. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.687110/full>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

PFUETZENREITER, M.R.; ZYLBERSZTAJN A.; AVILA- PIRES, F.D. Evolução histórica da medicina veterinária preventiva e saúde pública. **Ciência Rural**, v. 34, n.5, p. 1661-1668, Santa Maria, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-84782004000500055>>. Acesso em: 23 mar 2022.

PAMA. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Diretoria de Vigilância em Saúde. **Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde**. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgvs/>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

PRESTES, R.S. **Atuação do Médico Veterinário no Sistema único de Saúde: percepção dos acadêmicos de medicina veterinária**. Trabalho de Conclusão (Residência em Medicina Veterinária) - Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.unipampa.edu.br/jspui/handle/rii/4929>>. Acesso em: 11 abr. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. CEVS - Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Alimentos**. Disponível em: <<https://www.cevs.rs.gov.br/alimentos>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. – In: PEREIRA, A. C. (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28-49. Disponível em: <https://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/desenv_pol_pub_saude_brasil.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2022.

SILVA, J. G.; OLIVEIRA, T. S.; DIAS, E. B. N. R.; HOLANDA, C. W. B. Gestão de Recursos Financeiros no Sistema Único de Saúde. **Revista de psicologia**, Brasil, v.14, n. 51, p.932-939, jul. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.14295/idonline.v14i51.2628>>. Acesso em: 11 abr. 2022.

SILVA, M.V. S.; MIRANDA, G.B. N.; ANDRADE, M.A. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, Belém, v. 21, n. 62, p. 589-599, fev. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0420>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

SINAN. **Sistema Nacional de Agravos Notificáveis**. Disponível em: <<http://www.portalsinan.saude.gov.br/>>. Acesso em: 23 abr. 2022.

TAMANO, L. T.O. O Movimento Sanitarista no Brasil: a visão da doença como mal nacional e a saúde como redentora. **Khronos**, São Paulo, n. 4, p. 102-115, 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/khronos/article/view/131909>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 8, p.379-391, mai. 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200005>>. Acesso em: 11 abr. 2022.

TOME, R. O.; LANGONI, H.; PERUCA, L. C. B.; BABBONI, S. D. Avaliação do conhecimento sobre algumas zoonoses com proprietários de cães da área urbana do município de Botucatu - SP. **UNOPAR Científica. Ciências Biológicas e da Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 67-74, 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/140911>>. Acesso em: 11 abr. 2022.

XAVIER, D.R.; NASCIMENTO, G.N.L. O médico veterinário na atenção básica à saúde. **DESAFIOS – Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v.4, n. 2, p. 28-34, Brasil, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.20873/uft.2359-3652.2017v4n2p28>>. Acesso em: 23 mar 2022.

WAILLA, L. A. **A Saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde (SUS): uma história de conquistas e desafios**. 2017. 134 p. Dissertação (Mestrado em Direito e Justiça Social) Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande, 2017. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br/handle/1/9290>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

WEISS, A.S. **O Médico Veterinário nos núcleos de Apoio à saúde da família: da graduação em medicina veterinária à atenção primária em saúde**. Trabalho de Conclusão (Graduação em Medicina Veterinária) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/200078>>. Acesso em: 20 mar 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Future Trends in Veterinary Public Health**. Report of a WHO Study Group. Geneva, 2002. 85p. (Technical Report Series n.907). Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42460>>. Acesso em: 23 abr. 2022.

ZIONI, F.; ALMEIDA, E. S.; FILHO, F. N. B. P. Políticas Públicas e Sistema de Saúde: a Reforma Sanitária e o SUS. – In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L.G., RIBEIRO, H. **Saúde Pública**: bases conceituais. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2013. p.115-132.