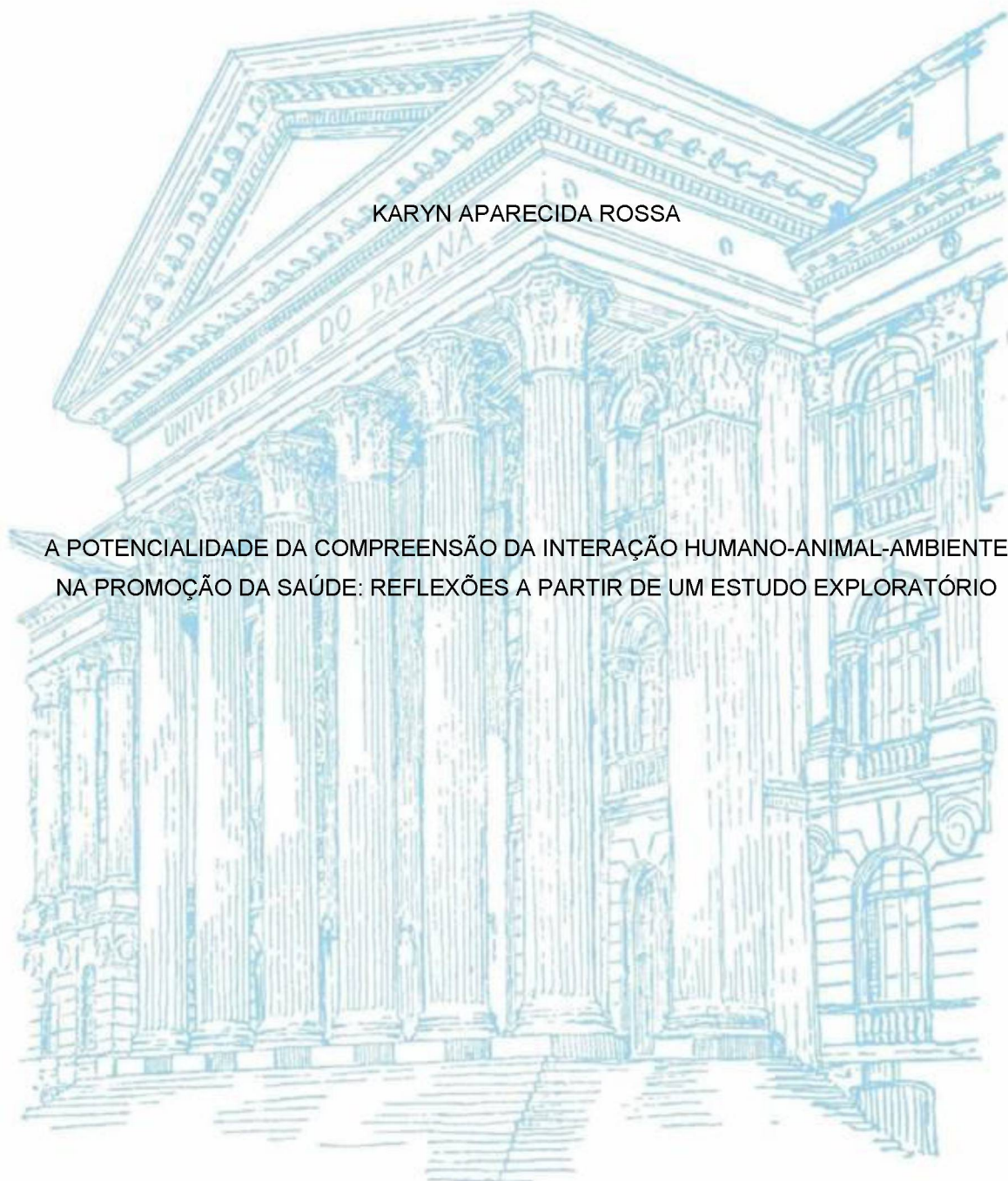


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

KARYN APARECIDA ROSSA

A POTENCIALIDADE DA COMPREENSÃO DA INTERAÇÃO HUMANO-ANIMAL-AMBIENTE
NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DE UM ESTUDO EXPLORATÓRIO



CURITIBA

2019

KARYN APARECIDA ROSSA

A POTENCIALIDADE DA COMPREENSÃO DA INTERAÇÃO HUMANO-ANIMAL-AMBIENTE
NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DE UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências Veterinárias, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Veterinárias, Setor de Ciências Agrárias da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Professora Dra. Rita de Cassia Maria Garcia

Coorientadora: Professora Dra. Silvia do Amaral Rigon

CURITIBA

2019

R827p

Rossa, Karyn Aparecida

A potencialidade da compreensão da interação humano-animal-ambiente na promoção da saúde: reflexões a partir de um estudo exploratório / Karyn Aparecida Rossa. - Curitiba, 2019.

142 p.: il.,

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Agrárias, Programa de Pós-Graduação em Ciências Veterinárias.

Orientadora: Rita De Cassia Maria Garcia

Coorientadora: Silvia Do Amaral Rigon

1. Saúde pública - Paraná. 2. Saúde global. 3. Políticas públicas. 4. Promoção da saúde. I. Garcia, Rita De Cassia Maria (Orientadora). II. Rigon, Silvia Do Amaral (Coorientadora). III. Título. IV. Universidade Federal do Paraná.

CDU 614(816.2)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 SETOR SETOR DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS
 VETERINÁRIAS - 40001016023P3

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIAS VETERINÁRIAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de KARYN APARECIDA ROSSA intitulada: A POTENCIALIDADE DA COMPREENSÃO DA INTERAÇÃO HUMANO-ANIMAL-AMBIENTE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DE UM ESTUDO EXPLORATÓRIO, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 25 de Março de 2019.


 RITA DE CASSIA MARIA GARCIA
 Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


 CAROLINE FILLA ROSANELI
 Avaliador Externo (PUC/PR)


 VIVIEN MIDORI MORIKAWA
 Avaliador Externo (UFPR - DSC)

Dedico esta dissertação

A todas as pessoas que ao longo da história
engajaram-se em projetos para promover a
saúde e cuidar da vida do próximo.

Aos animais e à natureza, por toda a sua força
diante de tantos erros e crueldade humanos.

AGRADECIMENTOS

Qualquer processo de aprendizado e de formação só se torna possível se houver mestres. Sem eles não haveria nenhuma outra profissão no mundo, e estaríamos todos fadados à ignorância. Minha eterna gratidão a todos os mestres que passaram por minha vida e me ajudaram a me tornar quem sou.

À mestra que me alfabetizou, minha querida e eterna professora Doraci.

Aos mestres que mais marcaram minha trajetória nos ensinamentos Fundamental e Médio, Hermínia (que sempre acreditou que eu seria médica veterinária), Josiane, Luiz e Marcos (i.m).

Aos melhores mestres de minha saudosa época de cursinho, Bambam, Claudião, Cornélio, Edson, Edu, Franco, Geraldo, Gessen, Herlon, Javert, Joca, Marcelo, Marcelo Brum, Oberg, Paulo, Samuel (i.m), Schvan e Sérgio.

Ao mestre Marceal Beltrani, médico veterinário, pela inspiração, confiança e ensinamentos no estágio no início da caminhada nesta profissão que amo.

A todos os mestres de graduação de minha amada UEL, por dedicarem a vida ao ensino, em especial aos que mais marcaram minha vida: Ademir, Alice, Aline, Amauri, Ana Paula, Andrei, Antonio Carlos, Augusto, Bruno Basile, Carmen Grumadas, Carmen Hilst, Cezar, Daisy, Edson (i.m), Fernando, Giovana, Itamar, Ivens, Janis, José Carlos, José Guimarães, José Luiz, Juarez (i.m), Juliani, Júlio Freitas, Júlio Lisboa, Karina, Kleber, Lucas, Mara, Marcelo Seneda, Marcelo Zanutto, Marco Antonio, Maria Isabel, Milton Oliveira, Milton Yamamura, Mirian, Mônica, Muller, Nilva, Odilon, Patrícia, Peter, Roberta Garbelini, Roberta Lemos, Silvano, Sílvia Sofia, Sílvia Ponzoni, Suely Beloni (i.m), Suely Obara, Vanerli e Zanella.

Aos mestres da UFPR Carla, Fabiano, Ivan, Juan, Peterson e Simone. E em especial aos mestres Júlia e Rafael, por seus esforços na coordenação do programa de pós-graduação e colaborações em meu comitê de orientação, e Waldir, pelo carinho num momento em que tanto precisei de ajuda.

Às mestras Caroline e Vivien, pelo aceite para a banca de avaliação.

À minha mestra e orientadora Rita, que me inspirou a ampliar os horizontes na Medicina Veterinária, por toda a dedicação, ensino, carinho e puxões de orelha, que tanto me fizeram evoluir nestes dois anos.

À minha mestra e coorientadora Silvia Rigon, por toda a dedicação e pelas preciosas contribuições na elaboração do trabalho.

Ao meu mestre de acordeon, Cleber Nobre de Alencar, por aquecer meu coração com a música e me mostrar uma nova paixão e terapia.

Ao meu mestre da vida, Daisaku Ikeda, pela incansável dedicação em prol do *Kosen-rufu* e por todos os direcionamentos e incentivos que me tanto me ensinam a me forjar a realizar minha revolução humana diariamente.

A todos os meus amados companheiros budistas da *Soka Gakkai*, em especial ao meu amado e eterno Grupo Cerejeira, que tanto me forjou e me ensinou a “*agir com alegria e responsabilidade*”.

À minha amada mãe Rosi, eterna referência de mulher sábia, guerreira, justa e benevolente, por ter escolhido ser minha mãe e me emprestar sua vida para que eu pudesse vir ao mundo e conquistar tudo que almejei. Por todos os esforços e renúncias feitos para me criar e me ajudar a chegar até aqui.

Ao meu amado esposo Daniel, amigo e companheiro de todas as horas, que tanto me amparou, compreendeu e deu forças nesta caminhada.

À melhor amiga do mundo, Marli, igualmente companheira de todas as horas, por todo o carinho, apoio e compreensão.

À minha família, parte de mim, em especial à Nona Lola e mana Kelly.

Aos meus amados filhos peludos, Yuji e Lucy, que ficaram ao meu lado o tempo todo, ronronando e tornando meu trabalho mais leve. E a Ricky, Paloma, Estrela, Bradock e Snoopy, e Rambo, Toquinho, Pitoca, Celi, Bob e Suzy (i.m).

Aos queridos amigos que fizeram parte desta caminhada: Val, Fran, Vini, Cláudia, Deivi, Bubu, William, Eri, Jonatan, Marquinhos, Edmara, Léo, Mishelly, Rhob, Yurika, Alexandre, Noriko, Eiko, Mari, Pri, Gi Fogaça, Marrento, Carlos, Rosana, Rosana T., Ana, Camila, Cris, Cuia, Carol, Fábio, Bi, Magê, Porps, Mércia e Taci, e meus eternos Lara e Duh (i.m), sempre presentes no coração.

Às companheiras de mestrado Luana, Stefany e Yasmin, pelo apoio.

Às residentes da MVC Letícia e Daniela, pela ajuda na coleta de dados.

Aos profissionais da saúde das USF Ana Nery e Weissópolis, sobretudo aos ACS, que permitiram o acompanhamento de suas atividades.

À secretária da pós-graduação, Gislaine, por todos os seus esforços.

À casa IV da UFPR e à psicóloga Michele, pelo suporte.

À CAPES, pelo auxílio financeiro.

"Seja como for, a grandiosa revolução humana de uma única pessoa irá um dia impulsionar a mudança total do destino de um país e, além disso, será capaz de transformar o destino de toda a humanidade."

Daisaku Ikeda

RESUMO

A Saúde Pública é uma área de relevância mundial, e ao longo da história importantes avanços têm sido observados no estudo da relação direta entre a capacidade de organização e desenvolvimento e a sanidade das populações. A Saúde Global é caracterizada pela correlação entre a saúde dos animais humanos, não humanos e do meio ambiente, e a compreensão desta influência mútua e dos determinantes sociais é fundamental para o desenvolvimento de efetivas políticas públicas de promoção da saúde. Na abordagem tradicional dos sistemas públicos de saúde, os atendimentos são realizados considerando-se apenas o indivíduo, de forma pontual e sem levar em conta seu histórico fenotípico, negligenciando elementos fundamentais e contrariando o arquétipo da Saúde Global, mantendo-se, deste modo, muito aquém da potencialidade de um efetivo sistema de saúde. Este estudo teve como objetivo explorar a potencialidade do diagnóstico da interação humano-animal-ambiente na promoção da saúde, e foi desenvolvido entre março e agosto de 2018, no município de Pinhais/PR, região metropolitana de Curitiba. A metodologia envolveu o acompanhamento de médicas veterinárias em 637 visitas domiciliares realizadas por Agentes Comunitários de Saúde a famílias residentes em dois territórios abrangidos por Unidades de Saúde da Família. Foram registradas informações sobre moradores, animais de estimação, animais soltos nas vias públicas, indícios de maus-tratos contra animais e diferentes fatores de vulnerabilidade econômicos, sociais e ambientais, e os dados coletados foram analisados estatisticamente utilizando-se o software *Statgraphics* e os testes de hipótese e de independência Qui-quadrado. Os domicílios visitados apresentaram número de moradores variando de um a trinta, e na maioria havia cães como animais de estimação. Foram observadas dificuldades relacionadas a diferentes indicadores econômicos e sociais em 35,5% das residências, sendo que em 6,9% delas existia ao menos um morador desempregado, e em 4,2% ao menos um morador portador de transtornos de acumulação. Os indicadores ambientais assinalaram o predomínio de vestígios de animais sinantrópicos. Os resultados das análises estatísticas apontaram evidências de associação significativa ($P < 0,05$) entre diversas variáveis, demonstrando a importância da inclusão dos diagnósticos da interação humano-animal-ambiente nas políticas de promoção da saúde, visando à melhoria da qualidade de vida e bem-estar coletivos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Interação humano-animal-ambiente. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Public Health is an area of worldwide relevance, and throughout history important advances have been observed in the study of the direct relationship between the ability of organization and development and the health of populations. Global Health is characterized by the correlation between the health of human, non-human animals and the environment, and understanding this mutual influence and social determinants is fundamental to the development of effective health promotion public policies. In the traditional approach of public health systems, consultations are held considering only the individual, punctually and without regard to their phenotypic history, neglecting fundamental elements and contradicting the archetype of Global Health, thus maintaining far below the potential of an effective health system. This study aimed to explore the potentiality of the diagnosis of human-animal-environment interaction in health promotion, and was developed between March and August 2018, in the municipality of Pinhais/PR, metropolitan region of Curitiba. The methodology involved the monitoring of veterinarians in 637 home visits made by Community Health Agents to families residing in two territories covered by Family Health Units. Were recorded informations on residents, pets, animals on public roads, evidence of animal maltreatment, and different economic, social, and environmental vulnerability factors, and the data collected were statistically analyzed using Statgraphics software and testing of hypothesis and independence Qi-square. The visited houses had a number of residents ranging from one to thirty, and the most of them had dogs as pets. Were observed difficulties related to different economic and social indicators in 35.5% of households, and in 6.9% of them there was at least one unemployed resident, and in 4.2% at least one resident with accumulation disorders. Environmental indicators appointed the predominance of synanthropic animals traces. The results of the statistical analyzes showed evidence of significant association ($P < 0.05$) between several variables, demonstrating the importance of including the diagnosis of human-animal-environment interaction in health promotion policies, aiming at improving the collectives quality of life and welfare.

Keywords: Primary Health Care. Human-animal-environment interaction. Health Promotion.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	– HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA. LEAVELL & CLARK (1958). ADAPTADO POR PEREIRA (2005).....	21
FIGURA 2	– MODELO DE DETERMINANTES SOCIAIS PROPOSTO POR DAHLGREN E WHITEHEAD (1991).....	28
FIGURA 3	– DIAGRAMA DE VENN ILUSTRANDO A INTERAÇÃO ENTRE A SAÚDE DOS SERES HUMANOS, DEMAIS ESPÉCIES ANIMAIS E DO MEIO AMBIENTE, CULMINANDO NA SAÚDE GLOBAL.....	30
FIGURA 4	FREQUÊNCIAS DO NÚMERO DE MORADORES POR DOMICÍLIO VISITADO EM CADA TERRITÓRIO. PINHAIS, PR, BRASIL.....	48
FIGURA 5	– NÚMERO DE ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO, POR ESPÉCIE, PRESENTES NOS DOMICÍLIOS VISITADOS EM CADA TERRITÓRIO. PINHAIS, PR, BRASIL.....	48
FIGURA 6	– NÚMERO DE CÃES, POR ORIGEM, OBSERVADOS EM FRENTE E NO ENTORNO IMEDIATO DE CADA DOMICÍLIO VISITADO. PINHAIS, PR, BRASIL.....	51
FIGURA 7	– FATORES DE VULNERABILIDADE AMBIENTAL OBSERVADOS NOS DOMICÍLIOS VISITADOS E ENTORNO IMEDIATO EM CADA TERRITÓRIO. PINHAIS, PR, BRASIL....	53
FIGURA 8	– DOMICÍLIOS DO TERRITÓRIO ANA NERY QUE APRESENTARAM OU NÃO O PROBLEMA AMBIENTAL DE VESTÍGIOS DE ROEDORES EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE MORADORES. PINHAIS, PR, BRASIL.....	54
FIGURA 9	– DOMICÍLIOS DO TERRITÓRIO ANA NERY QUE APRESENTARAM OU NÃO O PROBLEMA AMBIENTAL DE VESTÍGIOS DE ROEDORES EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE ANIMAIS. PINHAIS, PR, BRASIL.....	54
FIGURA 10	– DOMICÍLIOS DO TERRITÓRIO WEISSÓPOLIS QUE APRESENTARAM OU NÃO O PROBLEMA AMBIENTAL DE VESTÍGIOS DE CARRAPATOS EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE ANIMAIS. PINHAIS, PR, BRASIL.....	55
FIGURA 11	– DOMICÍLIOS DO TERRITÓRIO WEISSÓPOLIS QUE APRESENTARAM OU NÃO O PROBLEMA AMBIENTAL DE ACÚMULO DE ENTULHOS EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE MORADORES. PINHAIS, PR, BRASIL.....	58
FIGURA 12	– FATORES DE VULNERABILIDADE ECONÔMICA E SOCIAL OBSERVADOS NOS DOMICÍLIOS VISITADOS EM CADA TERRITÓRIO. PINHAIS, PR, BRASIL.....	66
FIGURA 13	– DIFERENTES TIPOS DE INDÍCIOS DE MAUS-TRATOS CONTRA ANIMAIS OBSERVADOS NOS DOMICÍLIOS VISITADOS EM CADA TERRITÓRIO. PINHAIS, PR, BRASIL.....	78

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	- VARIÁVEIS OBSERVADAS DURANTE AS VISITAS DOMICILIARES. PINHAIS, PR, BRASIL.....	47
TABELA 2	- CORRELAÇÃO ENTRE NÚMERO DE MORADORES E NÚMERO GERAL DE ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO E ENTRE NÚMERO DE MORADORES E DE CÃES E GATOS NOS DOMICÍLIOS VISITADOS. PINHAIS, PR, BRASIL	49
TABELA 3	- FREQUÊNCIAS OBSERVADAS DO NÚMERO DE MORADORES E DE ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO, POR ESPÉCIE, EM CADA DOMICÍLIO VISITADO DE CADA TERRITÓRIO. PINHAIS, PR, BRASIL	49
TABELA 4	- FREQUÊNCIAS DO NÚMERO E ORIGEM DE CÃES OBSERVADOS EM FRENTE E NO ENTORNO IMEDIATO DE CADA DOMICÍLIO VISITADO. PINHAIS, PR, BRASIL	51
TABELA 5	- CORRELAÇÕES ESTATÍSTICAS ENTRE COCORRÊNCIAS DE DIFERENTES FATORES DE VULNERABILIDADE AMBIENTAL NO TERRITÓRIO ANA NERY. PINHAIS, PR, BRASIL.....	65
TABELA 6	- CORRELAÇÕES ESTATÍSTICAS ENTRE COCORRÊNCIAS DE DIFERENTES FATORES DE VULNERABILIDADE AMBIENTAL NO TERRITÓRIO WEISSÓPOLIS. PINHAIS, PR, BRASIL.....	65
TABELA 7	- CORRELAÇÕES ENTRE O NÚMERO DE MORADORES NOS DOMICÍLIOS VISITADOS E A OCORRÊNCIA DE PROBLEMAS AMBIENTAIS ENVOLVENDO ANIMAIS SINANTRÓPICOS. PINHAIS, PR, BRASIL.....	66
TABELA 8	- CORRELAÇÕES ENTRE O NÚMERO DE MORADORES NOS DOMICÍLIOS VISITADOS E A OCORRÊNCIA DE FATORES DE VULNERABILIDADE EM GERAL E O FATOR DESEMPREGO. PINHAIS, PR, BRASIL	67
TABELA 9	- CORRELAÇÕES ENTRE O NÚMERO DE ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO NOS DOMICÍLIOS VISITADOS E A OCORRÊNCIA DE FATORES DE VULNERABILIDADE EM GERAL E O FATOR DESEMPREGO. PINHAIS, PR, BRASIL.....	67
TABELA 10	- CLASSIFICAÇÃO DA CONDIÇÃO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE ZERO A CINCO ANOS DE IDADE, DE ACORDO COM O PESO, COBERTAS PELAS USF DO PRESENTE ESTUDO, E OS MESMOS DADOS ORIUNDOS DO MUNICÍPIO DE PINHAIS, DO ESTADO DO PARANÁ, DA REGIÃO SUL BRASILEIRA E DO BRASIL.....	70
TABELA 11	- CORRELAÇÕES ENTRE FATORES DE VULNERABILIDADE ECONÔMICOS E SOCIAIS E A OCORRÊNCIA DE FATORES DE VULNERABILIDADE AMBIENTAL. PINHAIS, PR, BRASIL.....	77
TABELA 12	- CORRELAÇÕES ENTRE O NÚMERO DE MORADORES NOS DOMICÍLIOS VISITADOS E INDÍCIOS DE MAUS-TRATOS CONTRA ANIMAIS. PINHAIS, PR, BRASIL.....	79
TABELA 13	- CORRELAÇÕES ENTRE O NÚMERO DE ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO NOS DOMICÍLIOS VISITADOS E INDÍCIOS DE MAUS-TRATOS CONTRA ANIMAIS. PINHAIS, PR, BRASIL..	79
TABELA 14	- CORRELAÇÕES ESTATÍSTICAS ENTRE A PRESENÇA DE INDÍCIOS DE MAUS-TRATOS CONTRA ANIMAIS E O NÚMERO DE MORADORES E A OCORRÊNCIA DE FATORES DE VULNERABILIDADE ECONÔMICOS, SOCIAIS E AMBIENTAIS. PINHAIS, PR, BRASIL.....	80
TABELA 15	- ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO-SAVASSI.....	99
TABELA 16	- CÁLCULO DO GRAU DE RISCO FAMILIAR, CONFORME O ESCORE ORIUNDO DA ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO-SAVASSI.....	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABINPET – Associação Brasileira da Indústria de Produtos para Animais de Estimação

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CEUA – Comissão de Ética no uso de Animais

CCZ – Centros de Controles de Zoonoses

CRAS – Centro de Referência e Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DIBEA – Divisão de Bem-estar Animal

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

eSF – Equipes de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAO – Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura

FNLC – Fórum Nacional Lixo e Cidadania

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IHAA – Interação humano-animal-ambiente

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social

MNCR – Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis

MVC – Medicina Veterinária do Coletivo

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB – Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica

OIE – Organização Mundial de Saúde Animal

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PLC – Programa Leite das Crianças

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SEDEA – Seção de Defesa Animal

SEMAP – Seção de Manejo Populacional

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TA – Transtorno de Acumulação

UEL – Universidade Estadual de Londrina

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UNICEF – United Nations Children's Fund

USF – Unidades de Saúde da Família

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
REFERÊNCIAS	17
1. OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E A INTERAÇÃO HUMANO-ANIMAL-AMBIENTE: UMA REVISÃO	18
RESUMO	18
ABSTRACT	18
1.1. Introdução	19
1.2. A evolução da promoção da saúde	20
1.3. A saúde pública no Brasil	24
1.4. Os Determinantes Sociais da Saúde	28
1.5. Diagnóstico da Interação Humano-Animal-Ambiente	30
1.6. Conclusões	33
REFERÊNCIAS	34
2. ESTUDO DA INTERAÇÃO HUMANO-ANIMAL-AMBIENTE E DE DIFERENTES FATORES DE VULNERABILIDADE OBSERVADOS EM POPULAÇÕES DE DOIS TERRITÓRIOS DO MUNICÍPIO DE PINHAIS/PR.	39
RESUMO	39
ABSTRACT	40
2.1. Introdução	41
2.2. Metodologia	41
2.2.1. Descrição do local de estudo	42
2.2.2. Proposta de trabalho e designação dos territórios para o desenvolvimento das atividades	46
2.2.3. Instrumento de coleta de dados	46
2.2.4. Procedimento para a realização da coleta de dados	47
2.3. Resultados e Discussão	47
2.3.1. Moradores dos domicílios visitados	49
2.3.2. Espécies animais observadas nos domicílios visitados	49
2.3.3. Espécies animais observadas nas ruas	51
2.3.4. Fatores de vulnerabilidades diagnosticados nos domicílios visitados e entorno imediato	53
2.3.4.1. Fatores de vulnerabilidade ambiental	53
2.3.4.1.1. Vestígios de animais sinantrópicos	54
2.3.4.1.2. Terrenos baldios	58
2.3.4.1.3. Acúmulo de entulho	58

2.3.4.1.4. Histórico de enchentes.....	60
2.3.4.1.5. Casas abandonadas	61
2.3.4.1.6. Ambientes sujos	62
2.3.4.1.7. Acúmulo de lixo	62
2.3.4.1.8. Água acumulada	65
2.3.4.2. Fatores de vulnerabilidade econômica e social	67
2.3.4.2.1. Desemprego	69
2.3.4.2.2. Falta de alimento	70
2.3.4.2.3. Transtornos de Acumulação	72
2.3.4.2.4. Necessidades especiais	74
2.3.4.2.5. Criança fora da escola	75
2.3.4.3. Outros fatores de vulnerabilidades	76
2.3.5. Maus-tratos contra animais	78
2.4. Conclusões	84
REFERÊNCIAS	86
3. REFLEXÕES ACERCA DO CONTEXTO SOCIOAMBIENTAL DOS TERRITÓRIOS EXPLORADOS E OS DESAFIOS E POTENCIALIDADES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	96
RESUMO	96
ABSTRACT	96
3.1. Introdução	97
3.2. Reflexões sobre os achados a partir da perspectiva da Promoção da Saúde	98
3.2.1. Implementação de políticas públicas promotoras de saúde ..	98
3.2.2. Construção de ambientes saudáveis	102
3.2.3. Reforço da ação comunitária	104
3.2.4. Desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas	106
3.2.5. Reorientação dos serviços de saúde	107
3.3. Contribuições da Medicina Veterinária à Promoção da Saúde	108
3.4. Conclusões	112
REFERÊNCIAS	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS	116
APENDICES	130
ANEXOS	138
VITA	142

APRESENTAÇÃO

A interação entre seres humanos, demais espécies animais e o meio ambiente relação direta com a saúde coletiva, repercutindo de forma importante sobre a saúde de todos os envolvidos (BECK & KARCHER, 1996; FORTALEZA, 2006). A desordenada ação antrópica gera consequências tais como o aumento populacional, o desmatamento, a ocupação de áreas naturais, a urbanização desorganizada e a exclusão social, que desestruturam o meio em que todos convivem e viabilizam o contato com agentes patógenos desconhecidos (SCHMIDT, 2007), impactando diretamente na sustentabilidade de todo o ecossistema (GARCIA, 2009). Por conta disso, a abordagem da saúde deve envolver profissionais de diferentes áreas do conhecimento e considerar todos os componentes da sociedade, considerando-se as perspectivas dos determinantes sociais da saúde (DSS) e da Saúde Global, ou Saúde Única, uma vez que a higidez de cada um destes componentes influencia diretamente na qualidade de vida e bem-estar coletivos (LEAVELL & CLARK, 1958; SCHWABE, 1984; SCHMIDT, 2007).

São cada vez mais comuns as chamadas famílias multiespécies, nas quais os animais de companhia estão inseridos no contexto familiar, e essa influência mútua pode gerar tanto benefícios quanto riscos à saúde humana. O diagnóstico da interação humano-animal-ambiente permite elucidar a existência de problemas ambientais, sanitários e até mesmo sociais, tais como fatores de vulnerabilidade econômicos e sociais e os crimes de maus-tratos contra animais e violências contra pessoas. Compreender esta relação é fundamental para que possam ser propostas ações concretas para a promoção da saúde coletiva (GARCIA, 2009).

O objetivo desta dissertação foi elucidar a potencialidade da compreensão da IHAA na promoção da saúde, bem como a relevância da abordagem baseada neste conceito para a elaboração de novas estratégias para aprimorar as políticas públicas promotoras de saúde e, por consequência, melhorar as condições sanitárias da população. O estudo foi desenvolvido com base no levantamento de dados referentes à IHAA no município de Pinhais/PR.

O primeiro capítulo objetivou apresentar uma revisão do histórico de determinantes sociais da saúde e da IHAA, demonstrando como esta visão holística pode contribuir com as estratégias de promoção da saúde. O segundo capítulo versa sobre a territorialização e as vulnerabilidades observadas no local de estudo, no município de Pinhais/PR, abrangendo a metodologia utilizada, o desenrolar da pesquisa prática e os resultados encontrados, bem como a discussão, elaborada comparando os achados aos resultados de estudos prévios. O terceiro capítulo apresenta uma discussão sobre o contexto social e um resgate dos campos da promoção da saúde, abordando os problemas identificados durante o estudo.

O desenvolvimento deste projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR sob o parecer nº 2.159.152. Não foi necessária submissão à Comissão de Ética no uso de Animais (CEUA) do Setor de Ciências Agrárias da UFPR, por não haver manipulação de animais na realização da pesquisa.

O primeiro e o terceiro capítulos foram utilizados como base para produzir dois capítulos do livro “Medicina Veterinária do Coletivo: fundamentos e práticas”, intitulados “Promoção da saúde: um dos pilares da Medicina Veterinária do Coletivo” e “Proposta de ensino sobre

Medicina Veterinária do Coletivo nas universidades”. O segundo capítulo foi submetido para publicação no periódico RSP, Revista de Saúde Pública da USP, com fator de impacto JCR 2018 1,968 e Qualis A2 em Saúde Coletiva.

Com base no trabalho desenvolvido foram produzidos três resumos. O primeiro se referia à atuação do médico veterinário na Atenção Primária à Saúde, e o segundo à inserção dos residentes de Medicina Veterinária na Estratégia Saúde da Família. Ambos foram apresentados como pôster no II COPESAH – Congresso de Pesquisa em Saúde Animal e Humana (APÊNDICES A e B). O terceiro teve como tema a abordagem teórico-prática da atuação do médico veterinário na Estratégia Saúde da Família, apresentado na modalidade de comunicação oral curta no 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (APÊNDICE C). Os três resumos foram apresentados em 2018. Houve também o convite para realização de palestras sobre o diagnóstico de maus-tratos na clínica de pequenos animais, no curso intitulado *O elo entre a violência humana e maus-tratos aos animais: capacitação de profissionais e alunos de Medicina Veterinária para a identificação e enfrentamento*, realizado na Universidade Federal do Paraná (UFPR), em 2017 (APÊNDICE D), e sobre a participação do médico veterinário no NASF-AB na *XXXV Semana Acadêmica de Medicina Veterinária* da UFPR, em 2018 (APÊNDICE E). Houve contribuição na publicação de um artigo na Revista Clínica Veterinária, em 2018, intitulado “Análise retrospectiva de denúncias de maus-tratos contra animais em Pinhais, Paraná, Brasil” (APÊNDICE F).

REFERÊNCIAS

BECK, A. M. KARTCHER, A. H. Pets are family. In: BECK, A. M. KARTCHER, A. H. *Between pets and people: the importance of animal companionship*. Indiana: Purdue University Press, p. 40-62. 1996.

FORTALEZA, C. M. Apresentação. In: SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa de Controle de Populações de cães e gatos do Estado de São Paulo. *Boletim Epidemiológico Paulista*, v. 6, p. 9, 158p. 2009.

GARCIA, R. C. M. Estudo da dinâmica populacional canina e felina e avaliação de ações para o equilíbrio dessas populações em área da cidade de São Paulo, SP, Brasil. Tese de Doutorado. 264p. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2009.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. *Textbook of Preventive Medicine*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill. 1958.

SCHMIDT, R. A. C. A Questão Ambiental na Promoção da Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.373-392. 2007.

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

1. OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E A INTERAÇÃO HUMANO-ANIMAL-AMBIENTE: UMA REVISÃO

RESUMO

A Saúde Pública é uma área de relevância mundial, e a promoção da saúde tem sido abordada de diferentes formas conforme a época e região. Ao longo da história importantes avanços têm sido observados no estudo da correlação direta entre a capacidade de organização e desenvolvimento da sociedade e a sanidade de sua população. O objetivo deste capítulo foi apresentar uma revisão do histórico da promoção da saúde global e da saúde pública brasileira, analisando a importância de abranger os conceitos dos determinantes sociais da saúde e da interação humano-animal-ambiente na elaboração de políticas públicas.

Palavras-chave: Interação humano-animal-ambiente. Promoção da Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Public Health is an area of global relevance, and health promotion has been approached in different ways according to the epoch and region, and throughout history important advances have been observed in the study of the direct correlation between the capacity for organization and development of society and the health of its population. The objective of this chapter was to present a review of the history of global health promotion and Brazilian public health, analyzing the importance of encompassing the concepts of social determinants of health and human-animal-environment interaction in the elaboration of public policies.

Keywords: Human-animal-environment. Health Promotion. Primary Health Care.

1.1. Introdução

O conceito de saúde foi definido pela Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO), em sua Constituição de 1946, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.” (OMS, 1946). Essa definição é válida oficialmente até os dias de hoje, e tem recebido, desde sua formulação, críticas e reflexões de muitos profissionais, pesquisadores e outros protagonistas da área da saúde que, de modo geral, classificam-na como utópica e não operacional, e considerando se tratar mais de uma declaração do que propriamente uma definição (NARVAI & SÃO PEDRO, 2008). A Saúde Pública é um tema que vem sendo amplamente difundido mundialmente, e ao longo da história observaram-se importantes avanços no estudo da relação direta entre a organização e desenvolvimento da sociedade e a saúde de sua população (VIEIRA-DA-SILVA, PAIM & SCHRAIBER, 2014).

Os cuidados com a saúde de qualquer população requerem ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e de elementos de risco e o tratamento adequado dos doentes, (BUSS, 2010), tendo em vista que a saúde, um direito básico reconhecido por todos os foros mundiais e em quaisquer sociedades, não representa apenas a ausência da doença, mas sim a preservação do bem-estar mental, físico e social (OMS, 1946). Diversos eventos foram realizados mundialmente para debater o tema da promoção da saúde, tais como a Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978, na qual foi discutida a necessidade de uma estratégia mais abrangente de saúde, envolvendo não apenas prestação de serviços, mas também as causas sociais, econômicas e políticas das doenças (OMS, 1978), e a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, em 1986, na qual foi elaborada a Carta de Ottawa, enaltecendo o objetivo de atingir o propósito de saúde para todos no ano 2000, em resposta às expectativas por uma nova saúde pública (OMS, 1986).

A promoção da saúde tem como referencial a Saúde Coletiva, área de conhecimento multidisciplinar criada para investigar os determinantes sociais da saúde e planejar a organização dos serviços neste âmbito. Tal formato de abordagem gera o potencial de prevenir o surgimento de enfermidades com base em ações simples de proteção básica à saúde, e a medicina veterinária encontra-se inserida neste cenário, beneficiando não somente os animais domésticos e silvestres, mas também os seres humanos e o meio ambiente (PAIM, 2003; VIEIRA-DA-SILVA, PAIM & SCHRAIBER, 2014).

Na promoção da Saúde Coletiva, por sua vez, é tomado como base o conceito da Saúde Global, também conhecida como Saúde Única ou *One Health*, que denota a absoluta inter-relação existente entre a higidez do meio ambiente, dos seres humanos e demais espécies que nele habitam. O termo *One Health* foi criado pelo Dr. Calvin Schwabe, nos anos 60, para evidenciar a ligação entre a saúde dos animais humanos e não humanos e do meio ambiente (SCHWABE, 1984). Embora o termo seja aparentemente novo, a ideia de Saúde Global é aplicada nacional e globalmente já há bastante tempo. Segundo a OMS, existem dados relatando que por volta do ano 1800 cientistas notaram semelhanças entre processos patológicos ocorridos em seres humanos e em outras espécies animais (OMS, 1975).

Entretanto, as práticas das medicinas humana e veterinária passaram a ser tratadas separadamente apenas no século XX, época em que houve o reconhecimento da saúde pública e os animais começaram a ser utilizados como sinalizadores de riscos/doenças para os humanos (EVANS & LEIGHTON, 2014). No Brasil, a concepção sobre Saúde Global data de 1909, quando da fundação do Instituto Oswaldo Cruz, em cujo regulamento constava, dentre os objetivos da instituição, o de “*estudar as moléstias infectuosas que acometem homens, animais e plantas*”, sendo o termo Saúde Global, à época, ainda denominado “*Medicina da Conservação*” (FIOCRUZ, 2019). A abordagem da promoção da saúde no país, entretanto, é mais recente. Os primeiros conceitos de atenção à saúde no país surgiram na década de 1970, com a aspiração por uma reforma sanitária exposta por intelectuais da área da saúde, que já relacionavam os cuidados com a higiene a uma vida saudável (BRASIL, 2007).

A abordagem da saúde dos componentes de uma sociedade vem sendo progressivamente realizada sob a perspectiva dos DSS e da Saúde Global, pois o enfoque abrangendo os seres humanos, demais espécies animais e o ambiente no qual todos estão inseridos influencia diretamente na qualidade de vida e bem-estar coletivos (LEAVELL & CLARK, 1958; SCHWABE, 1984). Médicos Veterinários são profissionais da saúde que atuam amplamente neste meio, com a realização do diagnóstico da interação entre humanos, demais espécies animais e o ambiente (IHAA).

Objetivou-se neste capítulo apresentar uma revisão sobre a evolução da promoção da saúde, o conceito de determinantes sociais da saúde e da interação humano-animal-ambiente.

1.2. A evolução da promoção da saúde

A concepção de promoção da saúde tem como base os determinantes da saúde, que englobam os elementos estilo de vida, avanços da biologia humana, ambiente físico e social e serviços de saúde. Ao longo da história surgiram diferentes bases teóricas que permitiram realizar conexões entre saúde, ambiente e desenvolvimento, tal como a evolução do conceito saúde-doença, que já era explorado antes mesmo de surgirem as explicações científicas.

A doença na Antiguidade era atribuída a causas externas e fatores sobrenaturais, sendo posteriormente vinculada ao caráter religioso, envolvendo a igreja como local e os sacerdotes como mediadores da cura. Na Grécia Antiga surgiu a Teoria Hipocrática, que centrava as causas das doenças nos elementos externos ambientais como clima, geografia, alimentação e trabalho excessivo. Na Idade Média, com forte influência do cristianismo, a doença toma sentido místico religioso, sendo enxergada como castigo, e a cura buscada em poderes miraculosos tais como relíquias, amuletos, água benta e a prática do exorcismo. Já no período do Renascimento surgiu a Teoria Miasmática, que embasava a explicação da doença nas partículas invisíveis, os miasmas. No período da Revolução Industrial surgiu a Teoria Social da Medicina, com revolucionários como Virchow e Neumann, que buscavam a explicação da doença nas condições de vida e de trabalho. No século XIX, a partir das descobertas bacteriológicas, o conceito de doença muda novamente, centrando a procura da causa em um agente causal de origem bacteriológica. E no século XX, por fim, a insuficiência da Teoria

Unicausal da doença abre espaço para a formulação de explicações multicausais, de caráter biológico e histórico, numa concepção reducionista do social (ROSEN, 1994).

O modelo que apresenta uma nova forma de enxergar o processo saúde-doença teve origem na Europa, no século XIX, no movimento denominado Medicina Social. O médico alemão Rudolf Ludwig Karl Virchow, considerado o mentor da medicina social e o “pai” da patologia, era também antropólogo e político liberal, e afirmava que as pessoas adoecem e morrem em função da maneira como vivem, com base nas características sociais, culturais e econômicas, que determinam o contexto de aparecimento da doença. Este médico social conseguiu, sem conhecer bactérias nem antibióticos, acabar com a epidemia de febre tifoide na região da Silésia, na Polônia, a partir de mudanças instituídas na rotina dos trabalhadores. As transformações, aparentemente simples, incluíam redução da carga horária de trabalho, de 16 para dez horas diárias, melhores condições de saneamento nas fábricas, com abertura de janelas para permitir a ventilação, a proibição de trabalho para crianças de quatro a doze anos, aumento do salário para provimento dos filhos destes trabalhadores, além do oferecimento de uma alimentação adequada e a construção de casas populares próximas às fábricas. E em 1848 Virchow elaborou, em parceria com Salomon Neumann, médico estatístico alemão, a Lei de Saúde Pública da Prússia, determinando que competisse ao Estado a responsabilidade sobre a saúde de todas as pessoas, promovendo a saúde e combatendo e tratando a doença. Ou seja, a Lei determinava que a saúde fosse direito de todos e dever do Estado. Esse monumental movimento inspirou a construção do SUS no Brasil (VERDI et al., 2016).

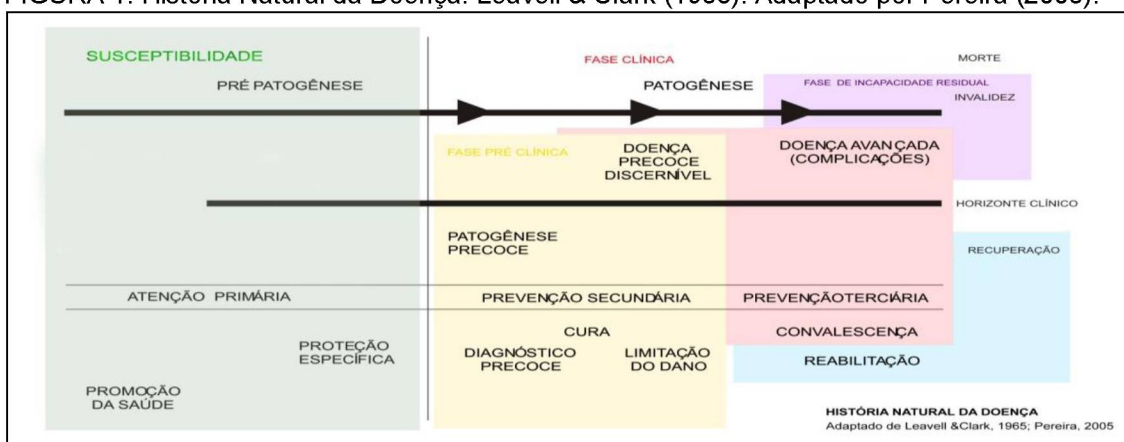
A hegemonia do Movimento de Medicina Social na Europa perdurou entre 1830 e 1870, quando ascendeu a teoria pasteuriana unicausal, que gerou seu declínio e modesta continuidade somente em alguns países, como a Itália, até a Segunda Guerra Mundial. Posteriormente, o conceito de determinantes sociais foi retomado por Henry Sigerist e Georges Canguilhem, ficando restrito, entretanto, à área das ciências sociais, e pouco modificando a tendência norte-americana do modelo unicausal. Sigerist afirmava que médicos têm quatro grandes tarefas: promover saúde, prevenir doenças, restabelecer o doente e reabilitá-lo. E que promover saúde significava fornecer condições de vida, trabalho, educação, cultura física, distração e descanso, envolvendo nesta tarefa políticos, sindicatos, indústrias, educadores e médicos (VERDI et al., 2016).

Os cuidados com a saúde de qualquer população requerem ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e de condicionantes de risco e o tratamento adequado dos doentes. A Constituição da OMS, de 1946, consagrou a definição de saúde como *um estado de bem-estar mental, físico e social, e não apenas a ausência da doença*, bem como um direito fundamental dos indivíduos, e nela consta ainda que *a saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados, e que são funções da OMS a promoção da melhoria da nutrição, moradia, trabalho, saneamento, recreação, condições econômicas e outros aspectos de higiene ambiental*. Tais afirmações refletem um avanço no pensamento médico social, arraigado desde a seção de saúde da Liga das Nações, que precedeu a criação da ONU (OMS, 1946). De fato, o direito básico à saúde é conhecido por todos os foros mundiais e em quaisquer sociedades.

Assim sendo, encontra-se dentre os direitos garantidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, que também abrange liberdade, alimentação, educação, segurança e nacionalidade, sendo amplamente reconhecida como o maior e o melhor recurso para assegurar os desenvolvimentos social, econômico e pessoal. Além disso, pode ser considerada uma das mais importantes extensões da qualidade de vida (ONU, 1948; BUSS, 2010).

Buscando explicar a História Natural de Doenças, Leavell & Clark propuseram, em 1958, a tríade ecológica *homem – agente – meio*, um conjunto de inter-relações entre agente causador, indivíduo suscetível e meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde o surgimento do estímulo patológico no meio ambiente, passando pela resposta humana ao estímulo, até a ocorrência dos efeitos e suas consequências (LEAVELL & CLARK, 1958; PEREIRA, 2005) (FIGURA 1).

FIGURA 1. História Natural da Doença. Leavell & Clark (1958). Adaptado por Pereira (2005).



Em 1978 foi realizada a Conferência Internacional de Alma-Ata, também considerada um dos os pilares básicos da estratégia da Atenção Básica de Saúde para os DSS, na qual declarou-se a necessidade de uma estratégia abrangente de saúde, que não apenas emprestasse serviços de saúde, mas também abordasse as causas sociais, econômicas e políticas das doenças (OMS, 1978). Outro grande marco neste âmbito surgiu com a elaboração da Carta de Ottawa, durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, no mês de novembro de 1986. Esta carta de intenções tinha como objetivo contribuir para que se atingisse o propósito de saúde para todos no ano 2000, em resposta às expectativas por uma nova saúde pública. As discussões tiveram como base os progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos, bem como com o debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde¹ acerca das ações intersectoriais necessárias ao setor. Foram

¹ A Assembleia Mundial da Saúde - AMS (*World Health Assembly - WHA*), composta pelos ministros da saúde dos 194 países-membros, é o órgão decisório da Organização Mundial da Saúde (OMS). Suas principais funções são determinar as políticas da Organização, nomear o Diretor-Geral, supervisionar as políticas financeiras e revisar e aprovar o orçamento do programa proposto. Os membros reúnem-se anualmente nos meses de maio em Genebra, cidade onde está localizada a sede da OMS. Em 2019 foi realizada a 72ª edição, entre 20 e 28 de maio (OPAS, 2019).

estabelecidos nesta ocasião uma série de princípios éticos e políticos, determinando os campos de ação da promoção da saúde, que seria por definição o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. Na carta consta ainda que para que atinjam um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o ambiente natural, político e social. A saúde foi ali designada, portanto, como um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, e esclareceu-se não ser esta promoção da saúde uma responsabilidade exclusiva do setor saúde, e que ia além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. Como condições e recursos fundamentais ou pré-requisitos para a saúde constam no documento elementos como paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, juntos utilizados como uma base sólida para incrementar as condições de saúde. A Carta de Ottawa considerou, deste modo, cinco fundamentais campos de ação para a efetiva promoção da saúde: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação ou reforço da ação comunitária, desenvolvimento e reforço de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde (OMS, 1986).

A atividade humana é orientada em princípio para o desenvolvimento e cuidado da vida e para compartilhar os recursos da vida, e deveria abranger todo o nosso processo de surgimento, formação como indivíduos e retorno à natureza. Os indicadores epidemiológicos fornecem uma expressão empírica de parâmetros de saúde, entretanto, não são capazes de delinear um lugar onde haja boas condições de vida e plena validade do direito integral à saúde. Para superar a ideia de que um espaço saudável restringe-se a atender aos objetivos limitados destes indicadores, podem ser tomados como base os chamados 'três S' da vida: sustentabilidade, solidariedade e a saúde ou característica de ser saudável. A sustentabilidade se refere às noções de manutenção ou continuação, de manter o modelo social predominante, mas ajustando certos parâmetros considerados impróprios para permitir sua continuidade. Trata-se de um conceito multidimensional que envolve um conjunto de condições sociais e ecossistêmicas para alcançar uma vida plena, digna, feliz e saudável. A solidariedade remete a uma sociedade cuja estrutura econômica produtiva é organizada em torno da preeminência da vida e do bem comum, do consumo consciente, sem desperdícios, na qual a distribuição equitativa possibilita que todos tenham uma boa vida e trabalhem juntos para construir um sistema de direitos e responsabilidades envolvendo o respeito ao meio ambiente. A saúde ou vida saudável, por fim, possibilita sustentar uma boa qualidade de vida biológica e psíquica, que permite alcançar maior longevidade, manter o potencial para a atividade física em todas as idades e desfrutar do prazer e da espiritualidade (BREILH, 2010).

A importância da promoção da saúde é tamanha que o tema tem sido debatido intensamente no mundo todo, culminando na ampliação do sentido do conceito de promoção, que constitui a estratégia chave da discussão da qualidade de vida pelo setor (BUSS, 1998). Além disso, em todas as pesquisas feitas sobre *qualidade de vida*, elementos não materiais tais como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade

compõem sua concepção (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000). Faz-se necessária a edificação da intersetorialidade no âmbito da saúde, pois dada a importância das questões sociais, econômicas, culturais e ambientais na determinação da saúde, do adoecimento e do cuidado, ainda são observadas dificuldades no alcance da transversalidade das ações necessárias para atingir este objetivo (JUNQUEIRA, 2000; PAIM, 2008).

1.3. A saúde pública no Brasil

A história da organização sanitária no Brasil incluiu diversos reveses até se chegar ao sistema ora implantado. A origem dos cuidados com a saúde pública consta de 1532, com a criação da Santa Casa de Misericórdia de São Vicente, no litoral de São Paulo, fundada por Brás Cubas (ROSEN, 1994), seguida de diversas estratégias de criação de programas de saúde ao longo dos séculos. Dentre os exemplos mais marcantes em defesa da população constam as Campanhas Sanitárias, luta empreendida pelo médico Oswaldo Cruz à frente da Diretoria Geral da Saúde Pública, desempenhando um cargo correspondente ao de Ministro da Saúde, no Rio de Janeiro, na tentativa de combater as principais epidemias que assolavam o povo desde meados do século XIX, tais como a febre amarela, a varíola, a peste bubônica e a cólera, até então ignoradas pelas autoridades pelo fato de acometer apenas os indivíduos mais pobres (REZENDE & HELLER, 2002).

Já no século XX, a insuficiência da chamada teoria unicausal da doença fomenta a formulação de explicações multicausais, de caráter biologicista e histórico, a partir de uma compreensão mais reducionista do social (ROSEN, 1994). As políticas públicas de saúde desta época podem ser resumidas em dois modelos, o do sanitário campanhista, seguido pelo Ministério da Saúde, e o da medicina previdenciária de atenção à doença, desenvolvido com base nos Institutos de Aposentadoria e Pensões, voltados aos trabalhadores organizados e conhecidos como Caixas de Aposentadoria e Pensões. Os recursos levantados eram utilizados para providenciar hospitais próprios, corpo de médicos e enfermeiros, equipamentos de última geração e ambulatórios gerais, assegurando o pagamento das pensões e aposentadorias e o financiamento de casas próprias, então construídas nas cidades industrializadas do Brasil. O Ministério da Saúde brasileiro era incumbido da prevenção, realizando desde a perfuração de poços artesianos e confecção de fossas até operações mata-mosquitos e caiação de casas para a prevenção da doença de Chagas. Além disso, possuía centros de saúde nos quais se atendiam as grandes endemias de hanseníase, tuberculose e verminoses, dentre outras. A população pobre dependia de Hospitais de Caridade e Santas Casas de Misericórdia, normalmente sob a responsabilidade da Igreja (VERDI et al., 2016).

Em 1964, com a aplicação do golpe militar contra o governo eleito, a censura praticada gerou extensas modificações. Os hospitais dos IAP's foram desapropriados, tornando-se hospitais governamentais submetidos ao Ministério da Previdência e Assistência Social, desviando os recursos da saúde de várias formas, prejudicando grandemente o sistema. Epidemias até então relativamente controladas ressurgiram, e foi criada uma central de medicamentos, ampliando a possibilidade dos mesmos chegarem à população pobre,

aumentando muito os lucros dos fabricantes e fazendo do Brasil um dos países com mais nomes comerciais de medicamentos, sem controle algum. Não bastasse esta situação, foi realizada, em 1968, a Reforma Universitária, buscando reprimir a possibilidade de organização estudantil e culminando em intervenções que passaram a modificar substancialmente a formação dos profissionais da saúde, voltando-os à lógica capitalista de mercado. Na Medicina, por exemplo, havia a recomendação da implantação do modelo flexneriano e da supressão da disciplina de terapêutica, tornando os alunos reféns dos representantes de laboratórios de medicamentos e de suas bulas (VERDI et al., 2016).

Em uma década o número de cursos de graduação em Saúde aumentou rapidamente, havendo a obrigatoriedade de adoção do modelo biologicista, hospitalocêntrico e fragmentado, estimulando a tecnificação, tudo mediante forte repressão do governo ditatorial militar, que impossibilitava qualquer tentativa de denúncia ou reação. Nesta época o chamado complexo médico-industrial brasileiro se fortaleceu sobremaneira, criando um *lobby* que elegeu deputados, senadores e governadores e fazendo com que ministros viabilizassem seus interesses na política pública de saúde, com interesse no fortalecimento desse complexo. Discursava-se que primeiro o governo promoveria o crescimento do bolo financeiro, que seria então repartido com a sociedade (VERDI et al., 2016).

Em 1973, entretanto, ocorreu a primeira crise internacional do petróleo, na qual os países capitalistas dele dependentes sofreram sérias consequências. Deu-se então a primeira grande crise do governo militar brasileiro, e o governo passou a buscar outras saídas, inclusive para o modelo de saúde. Dizia-se que os reflexos daquela última década na saúde dos brasileiros incluíam o aumento do número de cáries e do percentual de verminoses, a redução da altura média e a eclosão de epidemias como malária, esquistossomose, doença de Chagas e febre amarela, tudo devido à redução extrema dos recursos para medidas preventivas do Ministério da Saúde. Todas estas dificuldades propiciaram o surgimento dos movimentos contra a ditadura militar. Na saúde surgiu a contra-hegemonia aos modelos flexneriano e unicausal, dando início a um combate ao complexo médico-industrial, que defendia um sistema hierarquizado de saúde, com práticas curativas e preventivas submetidas a um comando único ministerial (VERDI et al., 2016).

Esta batalha deu origem ao Movimento pela Reforma Sanitária, um conjunto de ideias relacionadas às mudanças e transformações necessárias na área da saúde, englobando não apenas o sistema, mas todo o setor saúde, buscando-se a melhoria das condições de vida da população (AROUCA, 1998; BRASIL, 2007; ROUQUAYROL & SILVA, 2013; BRASIL, 2017), pois grande parte dela não tinha acesso aos serviços de saúde (GALLO et al., 1998; HEIMANN & MENDONÇA, 2005). As propostas resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que busca garantir a universalização, equidade e integralidade da atenção prestada a todos os cidadãos presentes no país, brasileiros ou estrangeiros (SILVA & DALMASO, 2002; PUETZENREITER, ZYLBETSZTAJN & AVILA-PIRES, 2004; ROUQUAYROL & SILVA, 2013) e é tido como o maior projeto de inclusão social da área (ROUQUAYROL & SILVA, 2013). Posteriormente, outros projetos foram discutidos e implementados pelos

governantes com o intuito de aumentar a abrangência dos cuidados com a saúde dos cidadãos, tais como o Programa Nacional de Saúde Materna e Infantil, campanha contra Meningite, Programa Nacional de Imunização, Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, Programa Especial de Controle da Esquistossomose, Programa de Controle de Grandes Endemias, Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais e o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, respaldados pela Lei nº 6.259/75. Houve também a criação do Regime de Vigilância Sanitária, com a Lei nº 6.360/76, e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Assistência Social, em 1977 (PAIM, 2003; BRASIL, 2007).

Já no período da Nova República brasileira, foi realizada, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foi discutida a importância de a saúde ser considerada um direito do cidadão, e com isso surgiu a necessidade de reformular o sistema nacional de saúde (BRASIL, 2007), o que culminou na aprovação do decreto que criou o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), que propunha a municipalização dos serviços de saúde. Este foi o sistema predecessor ao SUS, cuja implementação pela Constituição Federal tornaria a saúde, posteriormente, um direito social (BRASIL, 2006a). A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi estabelecida, portanto, no Artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, consolidando a criação do novo sistema brasileiro de saúde, o SUS, que forneceria amparo àqueles que até então não tinham como pagar pelos serviços de saúde privados (BRASIL, 1988; GALLO *et al.*, 1988; AGUIAR, 2011).

As bases legais deste novo sistema de saúde foram estabelecidas com a publicação da Lei nº 8.080/90, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e funcionamento dos serviços correspondentes, e da Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Com o passar dos anos, entretanto, tornou-se necessário o desenvolvimento de modelos de atenção primária e promoção da saúde para ajudar a suprir a elevada demanda do sistema, dentre os quais o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 (BRASIL, 1994a); o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, com as equipes de Saúde da Família (eSF) (BRASIL, 1994b; BRASIL, 1997b); a Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006a); o Pacto pela Saúde, em 2006 (BRASIL, 2006b); e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008; BRASIL, 2017).

O sistema atualmente implantado no país é a Atenção Primária à Saúde (APS), conjunto de ações aplicadas nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde em todas as suas esferas. Distinguindo-se pelo oferecimento de serviços de prevenção, cura e reabilitação que visam à maximização da saúde e bem-estar da população, a APS encontra-se entre as agendas prioritárias do Ministério da Saúde do Brasil, sendo considerada o eixo estruturante e a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017) e ainda o cerne da implementação de um modelo assistencial em saúde voltado ao usuário-cidadão (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012; STARFIELD, 2002). Principal porta de acesso

da comunidade ao sistema, conta com as eSF e os grupos multiprofissionais do NASF-AB amparando e expandindo as ofertas de saúde na rede pública de serviços e aumentando a resolutividade, abrangência e alvo das ações (BRASIL, 2017). Esta força conjunta, atuando de forma integrada em áreas delimitadas, assegura o acompanhamento da manutenção da saúde em cada comunidade. Focando na maior resolutividade, a APS tem sido mantida em constante reestruturação para ampliar a cobertura populacional, qualidade no atendimento e redução de riscos e danos causados por agravos à saúde, com significativa expansão em relação ao número de eSF envolvidas (BARBOSA, 2014).

A crescente expansão da APS tem sido possível através da ESF, modelo que teve origem a partir do PSF, implantado no Brasil pelo MS em 1994, considerado uma tática de ampliação, qualificação e solidificação da APS no âmbito das USF, por permitir o aprofundamento de seus preceitos, diretrizes e embasamentos conforme os princípios do SUS e apresentar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 1988; GUIMARÃES et al., 2010; BARROS et al., 2015). A ESF busca promover a qualidade de vida da população, priorizando-se a atenção às famílias de maior vulnerabilidade biológica e social. Com base numa atenção integral, igualitária e contínua a ESF norteia a organização do sistema de saúde por meio de princípios tais como o foco na pessoa ou família, o estreitamento do vínculo com os usuários, a integralidade no atendimento, a coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e a intersectorialidade, culminando em resultados favoráveis à saúde da população assistida (MATTOS, 2007; BRASIL, 2011a; ARANTES, SHIMIZU & MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Com o objetivo de ampliar a capacidade clínica das equipes da APS o MS criou, em 2008, os NASF, atualmente denominados Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), equipes multiprofissionais de diferentes áreas de da saúde que atuam na lógica do apoio matricial, com resolução conjunta dos casos mais complexos atendidos na APS (BRASIL, 2008). Dentre os profissionais do Código Brasileiro de Ocupações que podem compor estas equipes estão inclusos assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, arte educadores, profissionais de saúde sanitaristas, médicos veterinários e médicos acupunturistas, ginecologistas/obstetras, homeopatas, pediatras, psiquiatras, geriatras, clínicos e médicos do trabalho. Esta integração de profissionais de diferentes áreas de conhecimento gera maior capacidade de atender as necessidades dos municípios, em termos sanitários e ambientais, intervindo nos problemas expostos pela população e buscando conjuntamente as soluções mais assertivas. As ações são desenvolvidas nos âmbitos individual e coletivo, por meio de planos de atuação participativa que atendem às demandas de cada localidade e se enquadram nos perfis das populações acolhidas, em conformidade com a dinâmica das práticas sanitárias descritas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011a). E para que haja êxito neste processo, é fundamental que exista uma harmônica integração entre os profissionais de saúde, trabalhando numa perspectiva holística quanto às relações de saúde na sociedade contemporânea, permitindo que seja direcionado um olhar mais ampliado

e apurado na abordagem de cada caso, de forma a otimizar os resultados e a qualidade de vida da população (BRASIL, 2011b; ARMELIN & CUNHA, 2016).

A disposição conjunta de todos estes programas culminou no sistema público de saúde de que ora dispomos no Brasil, cuja amplitude vem se estendendo conforme o aumento da necessidade, a disponibilidade de recursos, o adequado planejamento e a inserção de profissionais capacitados para agregar cada vez mais qualidade aos serviços prestados à população (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012).

1.4. Os Determinantes Sociais da Saúde

O conceito dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) foi inicialmente proposto por Breilh (2002), sendo definido como o conjunto dos comportamentos individuais e das condições sociais em meio às quais as pessoas vivem e trabalham. Em 2005, visando-se à redução das desigualdades de saúde, bem como a conscientização global acerca da influência exercida pelos DSS sobre a saúde de indivíduos e populações e a necessidade do enfrentamento dos agravos por eles gerados, foi promovida pela OMS uma conferência mundial para discutir o tema, na qual foi estabelecida a criação de uma comissão específica para esta finalidade, denominada Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) (OMS, 2005; OMS, 2007; CARVALHO & BUSS, 2008).

No relatório final da Comissão, publicado em 2008, constam recomendações gerais para a melhoria das condições de vida da população, enfatizando a importância da ação sobre os determinantes sociais para reduzir as iniquidades em saúde, destacando-se a importância da construção de um movimento global para combater o problema da distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos e reduzir as disparidades em saúde (OMS, 2008). Segundo o entendimento da CDSS, os determinantes compreendem as circunstâncias em que as populações surgem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas criados para abordar a doença, assentindo que haja sobre tais circunstâncias influências de ordem política, social e econômica (OMS, 2010).

O modelo dos determinantes sociais da saúde não desqualifica a atenção individual, mas a contextualiza numa relação entre cidadãos. Este é o seu principal diferencial quando comparado ao modelo biomédico, cartesiano e hegemônico, que foi considerado avançado durante muito tempo (VERDI et al., 2016). A elaboração deste conceito pela comissão seguiu como base o modelo de determinantes sociais proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), segundo o qual as condições de vida são determinadas pelo lugar que cada um ocupa na hierarquia social. Este arquétipo de padrão de saúde da população, também conhecido como modelo de determinantes socioambientais de saúde, considera a influência de condicionantes sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais na ocorrência ou não de patologias e pontos de risco à saúde. São ponderados elementos como, por exemplo, o acesso a uma alimentação de qualidade, a fim de fornecer suporte para um bom desenvolvimento físico e psicológico e a presença ou ausência de

saneamento, pensando-se na exposição das pessoas ao risco de contrair doenças infectocontagiosas (VERDI et al., 2016; BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007).

O referido modelo demonstra ser o ambiente um sistema sócioecológico, cujos determinantes sociais são dispostos em diferentes camadas. A primeira aloca os determinantes individuais, tais como idade, gênero e questões hereditárias que exercem influência sobre a capacidade de um indivíduo ter saúde. Na segunda encontram-se os comportamento e estilos de vida, evidenciando o potencial do livre-arbítrio para gerar ou não o adoecimento. Na terceira camada são dispostas as redes sociais e comunitárias, e na quarta os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, tais como a disponibilidade de alimentos e acesso a serviços essenciais como saúde e educação. Por fim, na quinta camada destacam-se os macrodeterminantes, relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas (DAHLGREN & WHITEHEAD, 1991) (FIGURA 2).

FIGURA 2. Modelo de determinantes sociais proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).



Esta noção de DSS surgiu em meio a movimentos que contestavam o pensamento liberal e as novas conjunturas políticas, principalmente na América Latina (BREILH, 2002; BREILH, 2006), e o Brasil tem se destacado na abordagem dos DSS, pois foi o primeiro país a ter uma comissão oficial para estudos sobre o assunto, a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde, liderado pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa do Ministério da Saúde e seguindo as recomendações da OMS (BRASIL, 2006c).

Um enfoque mais abrangente da CDSS busca comprovar a existência de uma série de dimensões inter-relacionadas a partir dos contextos estrutural, socioeconômico e político da sociedade, dividindo-se a população em classes sociais, definidas com base na distribuição do

excedente econômico e no acesso ao poder. Esta estratificação social levaria ao que seriam os DSS expressos pela distribuição desigual de fatores materiais, como habitação, alimentação, trabalho, saneamento e outros, psicossociais e comportamentais e biológicos (VILLAR, 2007). Esta abordagem demonstra que a questão social não diz respeito à promoção de uma cidadania abstrata, mas à criação de espaços nos quais possam ser geradas experiências individuais concretas. Não se trata, portanto, de simplesmente integrar e socializar indivíduos para transformá-los em cidadãos, e sim de criar condições sociais que permitam a cada pessoa contribuir com sua particularidade à cidadania e construir sua vida com o máximo de autonomia e direitos (ZIONI & WESTPHAL, 2007).

A proposta de promoção da saúde pode ser considerada a mais relevante estratégia do setor, pensando-se em evitar o reducionismo biomédico e permitir que seja realizado um diálogo intersetorial (EVANS & STODDART, 1990; MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000; EVANS & STODDART, 2003). Compactuando desta visão mais holística da saúde, o termo *health* (saúde) foi descrito, em 2014, sob a forma de um acrônimo, palavra formada pela junção das sílabas iniciais de um grupo de palavras ou de uma expressão, demonstrando a grandeza de seu significado: H: human (ser humano); E: ecosystem (meio ambiente ou ecossistemas); A: animal (demais espécies animais); L: living (convivência); T: together (juntos) e H: harmony (em harmonia). Em síntese, a convivência harmônica dos seres humanos, demais espécies animais e o meio ambiente no qual estão inseridos (EVANS & LEIGHTON, 2014).

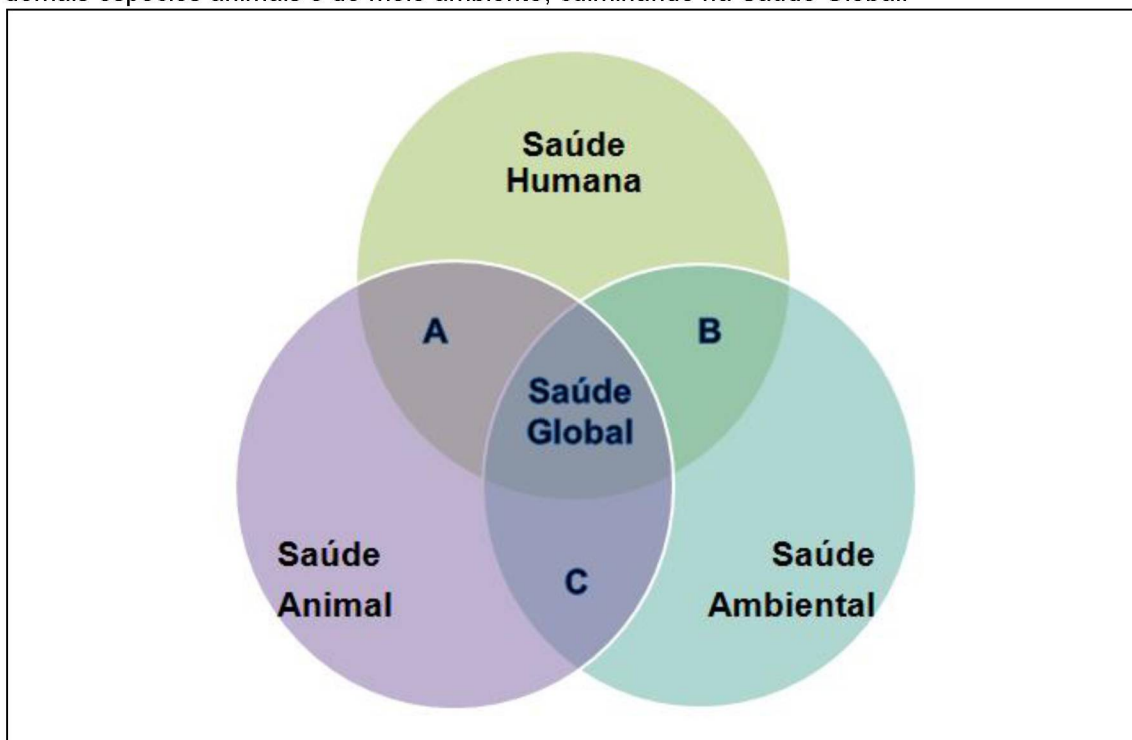
Esta visão da intrínseca relação entre condições e qualidade de vida e saúde remete aos conceitos de Saúde Global e Saúde Coletiva, e torna-se cada vez mais clara a importância do entendimento interação humano-animal-meio ambiente e de uma visão mais ampliada para a promoção da saúde. O enfrentamento intersetorial e interdisciplinar dos problemas de saúde permite que pacientes sejam avaliados de forma conjunta com seu ambiente, reduzindo a incidência de diagnósticos incorretos e a exposição dos contactantes aos mesmos riscos, refletindo, desta forma, na melhoria das condições de vida de todos.

1.5. Diagnóstico da interação humano-animal-ambiente

O termo interação indica que os indivíduos são afetados um pelo outro (BOKKERS, 2006). As interações entre humanos e animais são complexas e difíceis de avaliar devido à sua dinâmica (HONORATO et al., 2012), e podem envolver qualquer os sentidos do tato, visão, olfato, gosto e audição, e podem ser positivas, neutras ou negativas (LEWIS & HURNIK, 1998; GOMES, 2008). A espécie humana estabelece interação com diversas espécies animais para suprir diferentes interesses, sejam eles companhia, produção de alimento ou força de trabalho ou entretenimento. Durante séculos os animais foram considerados como seres incapazes de apresentar sentimentos e consciência, e esta concepção afeta a forma como os animais são tratados até os dias atuais, nos diferentes setores da sociedade (GARCIA, 2014). Entretanto, a temática desta interação ainda é pouco explorada no Brasil, necessitando de maior produção acadêmica (FARACO, 2008).

A interação humano-animal-ambiente (IHAA), portanto, diz respeito à convivência entre o homem, as demais espécies animais e o meio ambiente, levando em conta todas as implicações decorrentes desta coexistência. Esta influência mútua pode tanto ser benéfica quanto gerar prejuízos à saúde dos componentes desta tríade, a depender de como são afetados entre si (GARCIA, 2014). A IHAA repercute diretamente na Saúde Global, também conhecida como Saúde Única ou *One Health*, a união indissociável entre a saúde dos componentes da tríade. Esta correlação foi representada utilizando-se um Diagrama de Venn (FIGURA 3).

FIGURA 3. Diagrama de Venn ilustrando a interação entre a saúde dos seres humanos, demais espécies animais e do meio ambiente, culminando na Saúde Global.



Fonte: A autora. 2019. Nota: (A) Interação entre a saúde humana e a saúde das demais espécies animais; (B) Interação entre a saúde humana e a saúde ambiental; (C) Interação entre a saúde de animais não humanos e a saúde ambiental.

A influência humana pode afetar a inter-relação entre espécies e habitats de diferentes formas, como no desenvolvimento urbano e industrial, destruindo grupos de espécies total ou parcialmente, pela degradação de habitats devido à poluição, impossibilitando a habitação de certas espécies, e pelas atividades humanas em detrimento de alguns de seus ocupantes (TOWNSEND, BEGON & HARPER, 2006). A interação humana com o meio ambiente, por exemplo, tem como objetivo a obtenção de benefícios como água, alimento e materiais de subsistência dos mais diversos. Esta exploração ocorre em grande proporção, o que gera a sobrecarga do sistema ecológico (BRASIL, 2000) e afeta também a saúde pública, visto que as consequências das ações antrópicas refletem diretamente na saúde de animais humanos e não humanos. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, a saúde ambiental compreende o conhecimento, a prevenção e o controle dos processos, influências e elementos físicos,

químicos e biológicos que exerçam ou possam exercer, direta ou indiretamente, efeito sobre a saúde humana, em especial aqueles relacionados à qualidade da água para consumo, vetores, animais peçonhentos e outros (BRASIL, 2006d; BRASIL, 2009).

Estas interações também influenciam a saúde humana, podendo gerar benefícios ou riscos, o que torna necessário que as políticas públicas levem em consideração os animais de companhia das famílias no planejamento e execução das ações intersetoriais. O diagnóstico da IHA permite elucidar a existência de problemas ambientais, sanitários e até mesmo sociais, tais como fatores de vulnerabilidade econômicos, sociais e ambientais e a ocorrência de crimes de maus-tratos contra animais e violências contra pessoas. Compreender esta relação, portanto, é fundamental para que possam ser propostas ações concretas de promoção da saúde coletiva (GARCIA, 2009). A qualidade da relação entre humanos e as demais espécies animais pode influenciar substancialmente o bem-estar de ambos e a saúde do ambiente (BROOM & MOLENTO, 2004; HONORATO et al., 2012).

Os chamados animais domésticos são aqueles criados com a finalidade de companhia, tais como cães, gatos, passarinhos, tartarugas, peixes e outros. Os animais de criação são mantidos pelo homem visando à produção de carne, leite e ovos, tais como aves, suínos e bovinos. Equinos e bovinos são também utilizados pelo homem com objetivos de força de tração ou entretenimento, e há que se considerar ainda as espécies que vivem em situação de rua ou que são utilizadas em experimentos (GARCIA, 2014). São cada vez mais comuns as famílias multiespécies, com animais de companhia inseridos no contexto familiar. O levantamento realizado na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o Ministério da Saúde do Brasil em 2013 apontou que a população estimada de animais de estimação em domicílios brasileiros seria de 52,2 milhões de cães e de 22,1 milhões de gatos. Ou seja, 44,3% dos domicílios do país possuíam ao menos um cão, o equivalente a 28,9 milhões de unidades domiciliares, e 17,7% ao menos um gato (IBGE, 2013). Números da indústria pet indicavam, até a última pesquisa, que o Brasil ocupava o segundo lugar quanto ao número de cães e gatos entre todos os países, ficando aquém somente dos Estados Unidos (ABINPET, 2013).

Diversas espécies animais, por outro lado, entram em contato com a espécie humana a despeito de sua vontade, devido, entretanto, ao desequilíbrio ambiental gerado pela própria ação antrópica. Exemplos disso são os animais que se encontram soltos nas vias públicas, e os da fauna sinantrópica, que interagem de forma desarmônica com a população humana, propiciando riscos à saúde pública (BRASIL, 2006d). Algumas espécies podem atuar como vetores, ou seja, reservatórios de vírus, bactérias e outros organismos patogênicos que podem transmitir e propagar zoonoses, doenças transmitidas de outras espécies animais ao homem ou vice-versa, por meios naturais ou acidentais, dentre as quais figuram baratas, carrapatos, morcegos, moscas, mosquitos, pombos, pulgas e roedores. Outras podem causar problemas à saúde por meio da inoculação de peçonha (veneno), como as abelhas, aranhas, escorpiões, formigas, lacraias, centopeias, cobras, taturanas e vespas (BRASIL, 2009; SÃO PAULO, 2019).

Os animais sinantrópicos se adaptaram a viver junto do homem devido à disponibilidade de água, abrigo e alimento, trinômio conhecido como “três A” suscitado em virtude dos hábitos

humanos. A presença de lixões e a falta de saneamento básico e tratamento adequado da água, por exemplo, possibilita que diversas espécies usufruam da hospitalidade inconsciente das cidades, dificultando o dia-a-dia de seus habitantes (ZORZENON, 2002). Atualmente já se fala em “quatro A”, incluindo também o acesso facilitado destas espécies aos diversos ambientes (SÃO PAULO, 2019). A IHAA apresenta, portanto, relação direta com o surgimento de diversas patologias.

No decorrer do século XX, os caminhos da prevenção puderam se consolidar por meio da identificação de agentes etiológicos, da promoção do saneamento ambiental e do uso de imunizações. O campo de investigação do meio ambiente expandiu-se, então, para incluir os vetores e os reservatórios dos agentes, ampliando as possibilidades de prevenção. A ampliação do conhecimento sobre a transmissão das doenças fez com que a teoria microbiana fosse complementada com os estudos entomológicos e parasitológicos. Isso conduziu a uma esquematização sobre a interação agente hospedeiro-ambiente, com influência na produção das doenças. Compreendendo melhor a saúde como uma resposta adaptativa do homem ao ambiente em desequilíbrio que o circunda, a doença também passa a ser compreendida da mesma forma, alterando-se para nova adaptação. É o resultado da interação complexa de inúmeros condicionantes (SCHWABE, 1984; ANJOS et al., 2013) que ocorrem numa dinâmica naturalmente constante, e o relacionamento progressivo entre as sociedades e a modificação do ambiente, natural ou não, gera mudanças nos aspectos social, econômico e territorial (MORAES, 2002), e mesmo que a percepção sobre o planeta e suas diversidades condiga às ciências naturais, outras áreas devem ser agregadas a esta questão (SCHMIDT, 2007).

1.6. Conclusões

A promoção da saúde de qualquer população requer a consideração de diversos elementos que influenciam diretamente na manutenção da qualidade de vida e cuidados requeridos quando do adoecimento. Seja qual for a espécie do paciente em questão, faz-se necessário levar em conta todas as suas características individuais e influências externas às quais esteja submetido, uma vez que muito têm a acrescentar no levantamento de hipóteses de diagnósticos. A Saúde Global denota a absoluta inter-relação existente entre a higidez do meio ambiente, dos seres humanos e demais espécies animais que nele habitam. Devido a esta influência mútua, portanto, não há como estabelecer a saúde do homem sem considerar sua relação com o meio ambiente e as demais espécies. O estabelecimento de amplas políticas públicas de saúde, tendo como alicerce a Saúde Global, a IHAA e os determinantes sociais da saúde beneficia toda a comunidade, uma vez que permite analisar criteriosamente todas as circunstâncias e promover a saúde coletiva, respeitando-se todas as formas de vida e o meio ambiente e construindo-se, deste modo, uma sociedade mais harmônica e saudável.

A humanidade representa somente uma pequena fração de tudo que compõe o planeta, mas possui um poder inerente de destruição que coloca em risco a vida de todas as espécies, e a IHAA é o âmago de toda esta questão. Somente a mudanças de hábitos pode transformar esta influência mútua numa relação positiva, repercutindo na melhoria da qualidade de vida e

saúde de todo o ecossistema. Diante disso, reforça-se a importância da preservação de uma biosfera saudável, com rica variedade de plantas e animais, solos férteis, águas limpas e ar puro, de forma que todos possam conviver harmonicamente. Proteger a saúde do meio ambiente é um dever de todas as pessoas, pois disso depende também a sua sobrevivência.

Entende-se, por conseguinte, que a promoção da saúde seja uma estratégia de articulação transversal, conferindo-se visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes em nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. Esta revisão teve como objetivo elucidar a importância dos determinantes sociais e da IHAA na promoção da Saúde Global, uma vez que a compreensão destes conceitos e sua inserção nas políticas públicas têm a potencialidade de contribuir significativamente na promoção da saúde da população. Paralelamente, a educação em saúde permite capacitar crianças e adultos a desenvolverem uma relação saudável e respeitosa com os demais seres vivos e o meio ambiente, de modo que haja benefícios mútuos, investindo-se, deste modo, na saúde preventiva e na melhoria da qualidade de vida de todos os indivíduos.

REFERÊNCIAS

- ABINPET. Associação Brasileira da Indústria de Produtos para Animais de Estimação. 2013.
- AGUIAR, Z. N. SUS - Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectiva e desafios. Martinari. 192p. São Paulo. 2011.
- ANJOS, C. B.; NETO, A. B. F.; PEREIRA, L. R. M.; VALLANDRO, M. J.; LUCENA, R. F. Um Mundo, Uma Saúde. Revista CFMV, n. 60, p. 70-74. 2013.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, n. 21, v. 5, p. 1499-1509. 2016.
- ARMELIN, N. T.; CUNHA, J. R. A. O papel e a importância do médico veterinário no sistema único de saúde: uma análise à luz do direito sanitário. Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. v. 5, n. 1, p. 60-77. 2016.
- AROUCA, S. Reforma Sanitária. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 1998.
- BARROS, J. O.; GONÇALVES, R. M. A.; KALTNER, R. P.; LANCMAN, S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 9, p. 2847-2856. Rio de Janeiro. 2015.
- BOKKERS, E. A. M. Effects of interaction between humans and domesticated animals. In: HASSINK, J.; VAN DIJK, M. Farming for health. Wageningen: Holanda, cap. 3, p. 31-41. 2006.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 20 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília. 1990b.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. 1997.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Responsabilidade Socioambiental: Agenda 21. Carta da Terra. 2000. [Acesso em 11/11/2018]. Disponível: <http://www.mma.gov.br/responsabilidade-socioambiental/agenda-21/carta-da-terra>

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

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

BRASIL. Decreto Presidencial de 13 de março de 2006. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. Brasília. 2006c.

BRASIL. Instrução Normativa IBAMA. nº 141, de 19 de dezembro de 2006. Regulamenta o controle e o manejo ambiental da fauna sinantrópica nociva. Brasília. 2006d.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Sistema Único de Saúde. Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS. CONASS/DF. 291p. Brasília. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/GM, de 24 de Janeiro de 2008. Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Poder Legislativo. Brasília. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Zoonoses. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 22. 229p. Brasília. 2009.

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. Brasília. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. 2ª Versão. 29p. Brasília. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124/GM, de 28 de dezembro de 2012. 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, Poder Legislativo. Brasília. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2017.

BREILH, J. Epidemiologia nueva: construcción intercultural de otro paradigma de la ciencia. Tese de Doutorado. 226p. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2002.

BREILH, J. Epidemiologia crítica: ciência emancipatória e interculturalidade. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2006.

BREILH, J. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, R. P. Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes. p. 87-125. 2010.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Saúde pública. ENSP/FIOCRUZ, 178p. Rio de Janeiro. 1998.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. In PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, v.17, n.1, p. 77-93. Rio de Janeiro. 2007.

BUSS, P. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos. Bio-Manguinhos/FIOCRUZ. Seção Artigos. 2010. [Acesso em 23 de dezembro de 2018]. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/artigos/334-o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais>.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Editora FIOCRUZ, p. 141-166. Rio de Janeiro. 2008.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies. 1991.

EVANS, B. R.; LEIGHTON, F. A. A history of One Health. *Rev sci. tech. Off. int. Epiz.* n.33, v.2, p.413-420. 2014.

EVANS, R. G.; STODDART, G. L. Producing health, consuming health care. *Soc SciMed*, v.31, p.1347-1363. 1990.

EVANS, R. G.; STODDART, G. L. Consuming research, producing policy? *Am J Public Health*. v. 93, n. 3, p. 371-379. 2003.

FARACO, C. B. Interação humano-cão: o social constituído pela relação interespecie. Tese de Doutorado. 109p. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2008.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. 2019. [Acesso em 23 de janeiro de 2019]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br>.

GALLO, E.; LUCHESI, G.; MACHADO FILHO, N.; RIBEIRO, P. T. Reforma sanitária: uma análise de viabilidade. *Cad. Saúde Pública*, v.4, n.4, p. 414-419. Rio de Janeiro. 1998.

GARCIA, R. C. M. A importância do bem-estar animal para os profissionais e a sociedade. *Boletim da Academia Paulista de Medicina Veterinária*, v. 5, n. 1, p. 3. São Paulo. 2014.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Editora FIOCRUZ. 1112p. Rio de Janeiro. 2012.

GOMES, C. C. M. Relação humano-animal frente a interações potencialmente aversivas na criação de vacas leiteiras. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-graduação em Agroecossistemas, Universidade Federal de Santa Catarina. 81p. Santa Catarina. 2008.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. *et al.* Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2005.

HONORATO, L. A.; HÖTZEL, M. J.; GOMES, C. C. M.; SILVEIRA, I. D. B.; MACHADO FILHO, L. C. P. Particularidades relevantes da interação humano-animal para o bem-estar e produtividade de vacas leiteiras. *Ciência Rural*, v. 42, n. 2, p. 332-339. 2012.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. *Rev Adm Pública*. v. 34, p. 35-61. 2000.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. *Textbook of Preventive Medicine*. 2nd ed. McGraw-Hill. New York. 1958.

LEWIS, N. J.; HURNIK, J. F. The effect of some common management practices on the ease of handling of dairy cows. *Applied Animal Behaviour Science*, v.58, p. 213-220. 1998.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p. 7-18. 2000.

MORAES, A. C. *Meio ambiente e Ciências Humanas*. Hucitec. São Paulo. 2002.

NARVAI, P. C.; SÃO PEDRO, P. F. Práticas de saúde pública. In: *Saúde pública: bases conceituais*. Ed. Atheneu, p. 269-297. São Paulo. 2008.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Preâmbulo do Constituição da Organização Mundial da Saúde adotada por Conferência Internacional da Saúde, Nova Iorque, 19-22 de junho 1946, assinado em 22 de julho de 1946 por representantes de 61 Estados. 1946.

OMS. Organização Mundial da Saúde; Estudos agrícolas da FAO. A contribuição veterinária para a prática de saúde pública: relatório de um Comitê Conjunto de Especialistas da FAO/OMS em Saúde Pública Veterinária. 79p. Genebra. 1975.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde. Alma-Ata. URSS. 1978.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. In: *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, Canadá. 1986. [Acesso em 21/11/2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Genebra. 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Um marco conceitual de ação sobre os determinantes sociais da saúde. Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. Genebra. 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. Fechando a lacuna em uma geração: equidade em saúde por meio da ação nos determinantes sociais da saúde. Relatório final da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. Genebra. 2008.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Lisboa. 2010.

ONU. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948. [Acesso em 15/12/2018]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.html.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. 2019. [Acesso em 25/05/2019]. Disponível: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5937:mi-nistros-da-saude-das-americas-participem-da-72-assembleia-mundial-da-saude&Itemid=875

PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. 6ª ed. Medsi. Rio de Janeiro. 2003.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2008.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia, teoria e prática. Guanabara Koogan AS. Rio de Janeiro. 2005.

PUETZENREITER, M. R.; ZYLBETSZTAJN, A.; AVILA-PIRES, F. D. Evolução histórica da medicina veterinária preventiva e pública. *Ciência Rural*, v. 34, n.5, p.1661-1668. 2004.

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

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

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C.. Epidemiologia & Saúde. 7a ed. MedBook. Rio de Janeiro. 2013.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Controle de Zoonoses. Série Educativa Fauna Sinantrópica. 2019. [Acesso em 04/02/2019]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/covisa>.

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

SCHMIDT, R. A. C. A Questão Ambiental na Promoção da Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v.17, n.2, p.373-392. Rio de Janeiro. 2007.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2002.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO. Ministério da Saúde. 726p. Brasília. 2002.

TOWNSEND, C. R.; BEGON, M.; HARPER, J. L. Fundamentos em ecologia. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

VERDI, M. I. M.; DA ROS, M. A.; CUTOLO, L. R. A.; SOUZA, T. T. Saúde e Sociedade. Versão adaptada do curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Federal de Santa Catarina. 96p. 2016.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde coletiva: teoria e prática. Medbook. Rio de Janeiro. 2014.

VILLAR, E. Los Determinantes Sociales de Salud y la Lucha por la equidad en Salus: desafíos para el Estado y la sociedad civil. *Saúde Soc.*, v.16, n.3, p. 26-34. São Paulo. 2007.

ZIONI, F.; WESTPHAL, M. F. O Enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde sob o Ponto de Vista da Teoria Social. *Saúde Soc.*, v.16, n.3, p. 26-34. São Paulo. 2007.

ZORZENON, F. J. Noções sobre as principais pragas urbanas. *Biológico*, v. 64, n. 2, p. 231-234. São Paulo. 2002.

2. ESTUDO DA INTERAÇÃO HUMANO-ANIMAL-AMBIENTE E DE DIFERENTES FATORES DE VULNERABILIDADE OBSERVADOS EM POPULAÇÕES DE DOIS TERRITÓRIOS DO MUNICÍPIO DE PINHAIS/PR

RESUMO

A interação entre seres humanos, demais espécies animais e o ambiente no qual todos estão inseridos exerce influência direta sobre a Saúde Global, correlação entre a saúde todos os seres que compõem o ecossistema. Este estudo teve como objetivo caracterizar os elementos que interferem na saúde da população e que são negligenciados pela abordagem tradicional dos sistemas de saúde, cujo formato de atendimento considera apenas o indivíduo, de forma pontual e sem levar em conta seu histórico fenotípico, contrariando o arquétipo da Saúde Global e mantendo-se muito aquém da potencialidade de um efetivo sistema público de saúde. O estudo foi desenvolvido entre março e agosto de 2018, no município de Pinhais/PR, mediante o acompanhamento, por médicas veterinárias, de visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde em dois territórios do município, designados pela Secretaria Municipal de Saúde. Foi realizada uma coleta de dados, sendo registradas informações sobre moradores, animais de estimação, animais soltos nas ruas, indícios de maus-tratos contra animais e diferentes fatores de vulnerabilidade sociais, econômicos e ambientais em ambos os territórios. As informações coletadas foram analisadas estatisticamente utilizando-se o software *Statgraphics* e os testes de hipótese e de independência Qi-quadrado. O número de moradores por domicílio variou de um a trinta, e predominaram os domicílios com três e quatro moradores. Nos dois territórios, a maioria dos domicílios tinha cães como animais de estimação. Foi observado que em 35,5% dos domicílios visitados havia alguma dificuldade relacionada a indicadores econômicos ou sociais, sendo que em 6,9% dos domicílios havia ao menos um morador desempregado, e em 4,2% ao menos um morador portador de transtornos de acumulação. Quanto aos indicadores ambientais, predominaram os registros de vestígios de animais sinantrópicos. Os resultados das análises apontaram evidências de correlação estatística entre diversas variáveis confrontadas, demonstrando a importância da realização de diagnósticos de riscos e agravos decorrentes da interação humano-animal-ambiente, bem como da instituição de efetivas políticas públicas direcionadas à promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida das populações.

Palavras-chave: Interação humano-animal-ambiente. Diagnósticos de riscos e agravos. Promoção da saúde.

ABSTRACT

The interaction between humans, other animal species and the environment in which all are inserted exerts direct influence on the Global Health, correlation between the health of all beings that make up the ecosystem. This study aimed to characterize the elements that interfere in the health of the population and which are neglected by the traditional approach of health systems, whose format of care only considers the individual, in a punctual way and without taking into account its phenotypic history, contrary to the archetype of Global Health and remaining well below the potential of an effective public health system. The study was carried out between March and August of 2018, in the municipality of Pinhais/PR, through the follow-up, by veterinary doctors, of home visits performed by the Community Health Agents in two municipalities designated by the Municipal Health Department. Was realized a data collection, registering information on residents, pets, animals observed on the streets, signs of animal abuse and different social, economic and environmental vulnerability factors in both territories. The information collected was statistically analyzed using the Statgraphics software and the hypothesis test and Qi-square independence test. The number of residents per household varied from one to thirty, and domiciles with three and four residents predominated. In both territories, most households had dogs as pets. It was observed that in 35.5% of the households visited were some difficult relacioned to economic and social indicators, being that in 6.9% of the households there was at least one unemployed resident, and in 4.2% at least one resident with accumulation disorders. As for the environmental indicators, records of vestiges of synanthropic animals predominated. The analysis results showed evidences of statistical correlation between several variables compared, demonstrating the importance of to realization diagnosing risks and diseases resulting from human-animal-environment interaction, as well as establishing of effective public policies aimed at health promotion and quality improvement life of populations.

Keywords: Human-animal-environment interaction. Diagnosis of risks and injuries. Health promotion.

2.1. Introdução

O atual perfil epidemiológico do Brasil é caracterizado pela coexistência de patologias infecciosas e parasitárias, doenças e agravos crônicos não transmissíveis e de causas externas, representação definida como tripla carga de doenças (BRASIL, 2014), e o exponencial aumento na demanda pelos serviços de saúde nas últimas décadas requereu remodelações para aprimorar a abrangência e eficácia da APS, que preconiza um olhar ampliado sobre a saúde do indivíduo, considerando seu contexto socioeconômico e cultural e respeitando suas individualidades (ROUQUAYROL & SILVA, 2013).

A promoção da saúde deve considerar a relação humana com as demais espécies animais e o ambiente, pensando-se na correlação existente entre todos os seres que compõem o ecossistema, e focando-se na prevenção e controle das enfermidades infecciosas emergentes e reemergentes e reforçando a capacidade de resposta às emergências mundiais de saúde. Esta iniciativa deve ser realizada de forma multiprofissional, considerando-se que as doenças englobam a tríade homem-animal-ambiente (VIEIRA-DA-SILVA, PAIM & SCHRAIBER, 2014; NOGUEIRA, 2018).

A realização de um estudo da interação humano-animal-ambiente (IHAA) em dois territórios abrangidos por Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Pinhais/PR teve como intuito caracterizar diversos elementos que influenciam diretamente a saúde da população e que são negligenciados pela abordagem tradicional do atual sistema sanitário. Este formato de atendimento, que considera apenas o cidadão atendido, de forma pontual, sem levar em conta seu histórico fenotípico (VERDI et al., 2016), contraria o arquétipo da Saúde Global (SCHWABE, 1984), e se mantém muito aquém da potencialidade de um efetivo sistema público de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, PAIM & SCHRAIBER, 2014).

Diversos estudos centrados na relação entre humanos e seus animais de estimação relatam correlação entre a saúde humana e a situação dos animais (PERTUSA et al., 2010; FROST, PATRONEK & ROSENFELD, 2011; GARCIA, CALDERÓN & FERREIRA, 2012; ROUQUAYROL & SILVA, 2013; CUNHA et al., 2017). Apesar disso, pouca atenção tem sido dirigida à inseparabilidade da saúde dos humanos, demais espécies animais e do ambiente.

Compreender esses determinantes é de suma importância para o desenvolvimento de estratégias na Atenção Primária à Saúde visando à promoção da saúde. Objetivou-se neste capítulo estudar a correlação existente entre a IHAA e a saúde da população.

2.2. Metodologia

O estudo foi realizado entre os meses de março e agosto de 2018, no município de Pinhais/PR, localizado na Região Metropolitana da capital Curitiba. Foi enviada à Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais uma proposta de firmação de um convênio para atuação dos médicos veterinários discentes do programa de pós-graduação da Universidade Federal do Paraná na ESF do município, a fim de realizar diagnósticos de riscos e agravos decorrentes da IHAA por meio do acompanhamento das visitas domiciliares realizadas pelos ACS, sendo

elucidada no documento a relevância desta interação na promoção da saúde. Firmado o convênio, a proposta de trabalho foi apresentada à Secretaria de Saúde do Município. Foram expostas as potencialidades do desenvolvimento da referida pesquisa, e a Secretaria designou as duas USF mais apropriadas para o levantamento de dados, Ana Nery e Weissópolis, por serem as maiores e apresentarem histórico de problemas socioambientais.

O trabalho envolveu o acompanhamento das visitas domiciliares e a coleta de dados, e todas as informações levantadas foram compiladas, descritas e analisadas estatisticamente para verificar a presença de correspondência entre as diferentes variáveis socioambientais ponderadas. Para a realização das análises estatísticas foi utilizado o software *Statgraphics* e a linguagem de programação R, além dos testes de hipótese, teste t e teste de independência Qi-quadrado. O teste de hipótese é uma forma de inferência estatística, em que são testadas afirmações sobre parâmetros populacionais a fim de verificar se são consideradas verdadeiras ou não. O teste t conduz a análise para uma amostra com a população, para comparar duas amostras pareadas ou para comparar duas amostras independentes. E o teste de independência Qi-quadrado demonstra o nível de significância, ou seja, o valor de P, que, quando inferior a 5% ($P < 0,05$), permite rejeitar a hipótese nula, atribuindo uma associação direta entre as variáveis confrontadas. Em contrapartida, valores de P superiores a 5% ($P > 0,05$) não permitem rejeitar a hipótese nula, e com isso supõe-se que não haja conexão entre as variáveis confrontadas. O estudo das correlações tem como objetivo verificar se existe, com base nos dados da amostra, associação entre as variáveis (MAGALHÃES & LIMA, 2001). Os resultados foram descritos e comparados aos encontrados em estudos prévios.

2.2.1. Descrição do local de estudo

O município de Pinhais/PR está localizado na Região Metropolitana de Curitiba, ou Grande Curitiba, que compreende 29 municípios do estado do Paraná num processo denominado conurbação, uma extensão da capital paranaense e seus municípios próximos, formando uma mancha urbana contínua. O menor dos 399 municípios paranaenses, em área territorial, possui 61,137 km² (IPARDES, 2018) e figura entre as 14 cidades mais populosas do Estado, com uma população de 117.008 pessoas, segundo o último censo, e sendo estimados, para o ano de 2018, 130.789 habitantes (IBGE, 2010; IBGE, 2018). Geograficamente, está posicionado a 893 metros de altitude em relação ao nível do mar e limita-se ao norte com os municípios de Colombo e Quatro Barras, ao leste com Piraquara, ao sul com São José dos Pinhais e a oeste com Curitiba. Atualmente, o município possui a 11ª maior arrecadação do Paraná e um vasto polo industrial, com aproximadamente 11 mil empresas, com destaque na indústria mecânica, produção de plásticos e prestação de serviços (IPARDES, 2018).

O número de domicílios recenseados em 2010, segundo tipo e uso, incluía 38.210 residências particulares, sendo 35.603 ocupadas, 2.607 desocupadas e 17 coletivas, totalizando 38.227 domicílios, todos localizados em urbana (IBGE, 2010). A densidade demográfica descrita em 2017 era de 1.922.42 hab./km² e, destes habitantes, mais de 61 mil

integram a parcela economicamente ativa da localidade. Para o ano de 2018, foi estimada a densidade demográfica de 2.139,28 hab./km² (IPARDES, 2018).

Com relação a trabalho e rendimento, o município apresentava, em 2015, um PIB per capita de R\$ 40.069,57 (IPARDES, 2018). Dados de 2010 demonstraram que o salário médio mensal era de 2,6 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 38,8%, e 28,7% da população tinha rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa (IBGE, 2010).

No âmbito da educação, em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 5,9 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4,3. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 177 de 399. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 174 de 399. A taxa de escolarização para pessoas de 6 a 14 anos foi de 97,2% em 2010, conferindo ao município a posição 294 dentre as 399 cidades do estado e 3382 dentre as 5570 cidades do Brasil. Dados sobre a saúde da população demonstraram que o município apresenta 93,8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 51,8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 21,3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IPARDES, 2018). A taxa de mortalidade infantil da cidade era de 8,5 a cada 1.000 nascidos vivos em 2014, *versus* 7,7 na capital Curitiba e 14,4 no Brasil (BRASIL, 2014).

Conforme o Plano Municipal de Saúde 2018-2021 do município, a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (eAB) totalizava 68,61%. Com base no documento, segundo o censo demográfico de 2010 do IBGE, com projeção para o ano de 2017, havia 126.287 pessoas residentes nas áreas de abrangência das onze USF do município, sendo 61.314 homens e 64.973 mulheres. Com relação ao perfil das pessoas e famílias cadastradas no sistema de informação da Atenção Básica, havia 20.473 famílias e 65.133 pessoas com cadastro na ESF, sendo 28.469 homens e 36.664 mulheres, representando, respectivamente, 43,7% e 56,3% do total. Das famílias catalogadas, 5.776 eram beneficiárias do programa Bolsa Família, sendo que 18.012 residiam em casa de alvenaria, 19.482 dispunham de energia elétrica e 19.841 de abastecimento de água em suas residências, e 19.510 eram assistidas pelo serviço de coleta pública de lixo (PINHAIS, 2017).

Com relação aos servidores contratados da área da saúde, o município conta com onze agentes de combate a endemias (ACE), 118 agentes comunitários de saúde (ACS), 29 assistentes sociais, 49 auxiliares de enfermagem, 15 auxiliares de saúde bucal, 28 cirurgiões dentistas, 46 enfermeiros, dez farmacêuticos, nove fisioterapeutas, sete fonoaudiólogos, 26 médicos da família, dez médicos clínicos gerais, cinco médicos ginecologistas, seis médicos pediatras, quatro médicos psiquiatras, seis médicos veterinários, dez nutricionistas, 26 psicólogos, 65 técnicos em enfermagem, oito técnicos em saúde bucal e três terapeutas ocupacionais (PINHAIS, 2019b).

O serviço de Vigilância em Saúde do Município, realizado pelo Departamento de Vigilância em Saúde (DEVIS), tem por objetivos o planejamento de campanhas de prevenção, produção, coleta, análise de dados e construção de indicadores de Saúde no Município, a

coordenação de programas de imunização, verificação de óbitos, programa DST/AIDS, execução da vigilância sanitária, expedição de licença sanitária a todos os estabelecimentos industriais, comerciais e prestadores de serviços de saúde e a coordenação das ações do Centro de Zoonoses. Divide-se em três seções: Infectologia e Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental (PINHAIS, 2019c).

Na Infectologia e Vigilância Epidemiológica a população dispõe do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), que oferece os serviços de realização de testes rápido e convencional para HIV, Sífilis e Hepatites Virais, aconselhamento individual e/ou coletivo para AIDS, outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Hepatites Virais, além do CTA itinerante; do Serviço de Atendimento Especializado (SAE), no qual há atendimento multidisciplinar ao portador de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais, realização de grupos com pacientes em acompanhamento especializado, disponibilização de fórmula infantil ao recém-nascido de mãe soropositivo e coleta de exames para acompanhamento sorológico; do Ambulatório de Infectologia, considerado referência municipal no acompanhamento de portadores de Hanseníase, Tuberculoses Extrapulmonar, multirresistente e em portadores de HIV e suporte às Unidades de Saúde para Tuberculose Pulmonar, e também referência para as USF no encaminhamento de portadores de doenças infectoparasitárias com necessidade de acompanhamento especializado; e de ações educativas diversas, como a abordagem dos temas Doenças e Agravos de interesse epidemiológico, como DST/AIDS/Hepatites Virais, Tuberculose e Hanseníase, além da Prevenção das Violências e Promoção da Cultura da Paz, e a realização de atividades envolvendo ações educativas em grupos (jovens, gestantes, idosos, etc.), empresas e escolas, capacitação profissional, campanhas de prevenção e diagnóstico (PINHAIS, 2019c; PINHAIS, 2019d).

Na Vigilância Sanitária são prestados os serviços de emissão de licenças e de fiscalização sanitárias. A Vigilância Ambiental compreende a área da Saúde Pública voltada ao conhecimento científico e à formulação de políticas públicas e intervenções relacionadas à interação entre a saúde humana e os fatores antrópico e do meio ambiente natural que a determinam, condicionam e influenciam, buscando identificar as medidas de prevenção e controle dos condicionantes de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde (PINHAIS, 2019c).

O Departamento de Atenção Primária à Saúde (DEAPS), por fim, é responsável por sete clínicas odontológicas e as onze USF do município, nas quais a população tem acesso aos serviços de atenção básica à saúde (PINHAIS, 2019b), e duas delas USF foram selecionadas para o desenvolvimento desta pesquisa.

A Seção de Controle de Zoonoses (SECZO) é responsável pela vigilância, prevenção e controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública. Dentre as atividades desenvolvidas figuram ações de vigilância de raiva, leptospirose, febre amarela, dengue e demais arboviroses e de outras zoonoses, conforme a demanda, além dos serviços de recolhimento, análise e destinação correta de cadáveres de animais oriundos de domicílios particulares ou de vias públicas, mediante solicitação da população, atendimento a notificações de ataques e mordeduras por

cães errantes e infestações de animais sinantrópicos, bem como o monitoramento de cães comunitários e a entrega de materiais informativos e educativos sobre diversos temas de relevância à saúde pública em escolas e comunidade. Também são realizadas pela SECZO vigilância da fauna sinantrópica e ações conjuntas com outros órgãos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e demais Secretarias para o aprimoramento dos trabalhos desenvolvidos. Nesta seção atuam os Agentes de Combate às Endemias (ACE), que realizam visitas domiciliares e vistoriam locais públicos e privados em busca de focos de criadouros de vetores de arboviroses, trabalhando em parceria com as médicas veterinárias no combate a estas zoonoses (PINHAIS, 2019c; PINHAIS, 2019d; PINHAIS, 2019e).

As ações de vigilância da raiva incluem encaminhamento de material biológico de animais suspeitos para exame de raiva animal (cães, gatos, morcegos e outros animais silvestres), a vacinação antirrábica canina e felina (realizada às quartas-feiras no CCZ, junto de aplicação de antiparasitários) e em animais contactantes com morcegos, a remoção de morcego encontrados em situação não habitual à da espécie (expostos durante o dia, caídos, dentro de estabelecimentos e ao alcance de pessoas ou animais), observação de cães e gatos agressores que não possuam um tutor ou responsável pelos mesmos, no período de 10 dias, e ações educativas na comunidade. As ações de vigilância da leptospirose incluem a investigação ecoepidemiológica de casos humanos confirmados, as atividades de manejo, intervenção química e educação em saúde em áreas de risco para a doença, o apoio técnico aos distritos sanitários nas questões relacionadas ao manejo do ambiente (redução da população de roedores) e à prevenção à leptospirose, além da atuação em projetos multidisciplinares com acumuladores. As ações de vigilância da febre amarela incluem vigilância passiva de primatas não humanos, sentinelas para a doença, o encaminhamento de amostras para exames laboratoriais em qualquer situação em que ocorra detecção de morte de primata não humano, e as ações de educação à população. E as ações de vigilância da fauna sinantrópica, por fim, visam à prevenção de acidentes causados por animais peçonhentos ou venenosos, incluindo a identificação de espécies de interesse à saúde pública, a realização de ações educativas destinadas à população e profissionais de saúde quanto ao manejo, prevenção e controle de animais peçonhentos ou venenosos e o apoio técnico aos distritos sanitários nas situações relacionados aos animais peçonhentos ou venenosos, como serpentes, escorpiões, lagartas, aranhas, percevejos, dentre outros (PINHAIS, 2019c).

Ações educativas de proteção e promoção da saúde animal também são promovidas pelo município, na Seção de Defesa Animal (SEDEA) (PINHAIS, 2019e). O Projeto Veterinário Mirim é uma ação multidisciplinar das Secretarias de Meio Ambiente, Saúde e Educação que capacita professores da rede pública na modalidade de Ensino à Distância (EAD) para trabalhar a questão da guarda responsável e do bem-estar animal com estudantes das escolas municipais. No final do ano é realizado um encerramento, no qual as crianças apresentam trabalhos referentes aos temas estudados, que ficam expostos na escola, e assistem a uma peça de teatro sobre o tema. A SEDEA também disponibiliza à comunidade o Projeto de Castração de Cães e Gatos, realizado em parceria com o Hospital Veterinário da UFPR, esterilizando cães e gatos de rua ou de famílias de baixa renda do município, visando ao

controle populacional. Os municípios contemplados participam de uma palestra sobre guarda responsável, na qual os recebem informações sobre a forma correta de cuidar de seus animais e sobre as medidas pré e pós-operatórias necessárias. Todas as ações da SEDEA são realizadas em parceria com a Seção de Manejo Populacional (SEMAP), que ratifica a conscientização sobre o tema junto à comunidade e busca assegurar o bem-estar de todos os animais envolvidos (PINHAIS, 2019e; PINHAIS, 2019f).

2.2.2. Proposta de trabalho e designação dos territórios para o desenvolvimento das atividades

A proposta de trabalho foi apresentada à Secretaria de Saúde do Município de Pinhais, após um convênio firmado entre a Prefeitura Municipal e a UFPR para a atuação dos médicos veterinários residentes de Medicina Veterinária do Coletivo (MVC) na cidade. Foram expostas as potencialidades do desenvolvimento da referida pesquisa, e a Secretaria designou as duas USF mais apropriadas para o levantamento de dados, Ana Nery e Weissópolis, por serem as maiores e apresentarem histórico de problemas socioambientais no território de abrangência.

Com relação à USF Ana Nery, constava no Plano Municipal de Saúde 2018-2021 do município que, segundo o censo demográfico de 2010 do IBGE, a projeção do número de pessoas residentes na área de abrangência da USF para o ano de 2017 seria de 10.281. Segundo os dados atualizados no início de 2019 pela Coordenadora da Unidade, no entanto, a população local era de 11.500 habitantes e, destes, 10.365 estavam cadastrados por um ACS. Na USF Weissópolis, a mesma projeção censitária previa uma população local de 17.096 pessoas em 2017, e no registro informado pela Coordenadora da Unidade, atualizado no início de 2019, havia 16.730 habitantes, sendo que 8.540 destes estavam cadastrados por um ACS.

O cadastramento destes cidadãos pelas eSF era realizado com auxílio de um prontuário eletrônico próprio, chamado WinSaúde, através do qual controlava-se o quantitativo de procedimentos, consultas e atendimentos domiciliares realizados pelos profissionais de nível superior e médio, permitindo um melhor acompanhamento das condições de saúde da população municipal. Todos os dados obtidos eram posteriormente inseridos no sistema de informação e-SUS, do Ministério da Saúde do Brasil, pelo Departamento de Assistência à Saúde, de modo a permitir o registro da assistência prestada.

2.2.3. Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados da pesquisa foi realizada utilizando-se uma ficha de diagnóstico da IHAA, contendo como base um *check-list* para mapeamento de risco ambiental criado por Brandespim (2016) (ANEXO 1) e adaptado pelos residentes de MVC da UFPR² (ANEXO 2).

² A ficha foi aprimorada pelos residentes da MVC, e posteriormente compilada pelo residente Douglas Luís Vieira, mas não foi publicada.

Para o desenvolvimento do trabalho a ficha foi novamente readequada, com inclusão de mais elementos relacionados à saúde coletiva, de modo que pudesse ser coletado o máximo possível de informações para o diagnóstico da IHAA (APÊNDICE G).

2.2.4. Procedimento para a realização da coleta de dados

O município não possui médico veterinário contratado para atuar nas equipes multiprofissionais do NASF-AB. O procedimento de coleta de dados foi realizado por três médicas veterinárias pós-graduandas da UFPR. O processo envolvia o acompanhamento das visitas domiciliares mensais realizadas pelos ACS de cada território pelas médicas veterinárias, que preenchiam as fichas de diagnóstico com base no que foi observado em cada domicílio e em informações fornecidas pelos ACS, que conheciam a realidade de cada família.

Dentre os itens das fichas de diagnóstico constavam o endereço e número de moradores e de animais de estimação, por espécie, de cada domicílio, e questões relacionadas a fatores de vulnerabilidade econômicos, sociais e ambientais, tais como a presença de terrenos vizinhos baldios, casas abandonadas, acúmulo de lixo e/ou de entulho, ambientes sujos, focos e vestígios de animais sinantrópicos, pontos de água acumulada, transtornos de acumulação, crianças fora da escola, portadores de necessidades especiais, falta de alimento, gestantes e puérperas adolescentes, dependência química e pessoas acamadas e/ou com doenças crônicas, e de também de maus-tratos contra animais e pessoas. Dos animais observados nas ruas foram registradas informações tais como a espécie e a origem de cada um, diferenciando os semidomiciliados dos comunitários e abandonados. Considerou-se frente dos domicílios a área pública imediatamente em frente à entrada principal, e na descrição de terrenos e casas abandonados, aqueles contidos em áreas imediatamente laterais ao domicílio.

2.3. Resultados e Discussão

Foram acompanhadas 637 visitas domiciliares, sendo 432 no território Ana Nery e 205 no território Weissópolis. Nem todas as famílias eram cadastradas, pois em muitos domicílios os moradores não eram encontrados durante o horário comercial, no qual os agentes realizam os trabalhos, sendo o cadastro realizado apenas quando buscavam atendimento na USF. Todos os ACS realizavam em média uma visita por família por mês, sendo priorizados os domicílios cujos moradores possuíam doenças crônicas ou algum tipo de fator de vulnerabilidade econômico e social. Todos registravam os dados manualmente, e posteriormente os armazenavam no WIN social, um sistema informatizado contendo as informações dos núcleos familiares participantes dos programas sociais, detalhando a situação social e econômica de cada um e os benefícios sociais aos quais as pessoas cadastradas têm acesso. No início dos trabalhos os ACS julgavam que os médicos veterinários fossem observar apenas os animais presentes nos domicílios, mas foi explicado a cada um sobre a IHAA e o papel destes profissionais na saúde pública e questões a ela relacionadas, fato que permitiu

uma maior interação e a demonstração de quantos elementos são levados em conta durante uma anamnese realizada com base na saúde do coletivo. Na coleta de dados foram registradas informações sobre moradores, animais de estimação, animais soltos nas ruas, indícios de maus-tratos contra animais e diferentes fatores de vulnerabilidade sociais, econômicos e ambientais. A distribuição das variáveis observadas está apresentada na TABELA 1.

TABELA 1. Variáveis observadas durante as visitas domiciliares. Pinhais, PR, Brasil.

VARIÁVEIS	ANA NERY		WEISSÓPOLIS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Número de moradores	1825	65,2	975	34,8	2800	100,0
Espécies animais nos domicílios visitados						
Cães	728	63,4	438	49,8	1166	57,5
Aves	230	20,0	264	30,1	494	24,4
Gatos	176	15,3	152	17,3	328	16,2
Equinos	8	0,7	10	1,1	18	0,8
Porcos	4	0,3	8	0,9	12	0,6
Peixes	3	0,3	6	0,7	9	0,4
Porquinhos da Índia	0	0	1	0,1	1	0,1
Total	1149	100,0	879	100,0	2028	100,0
Espécies animais observadas na rua em frente aos domicílios visitados						
Cães	275	97,9	498	98,8	773	98,5
Gatos	6	2,1	3	0,6	9	1,1
Equinos	0	0	3	0,6	3	0,4
Total	281	100,0	504	100,0	785	100,0
Fatores de vulnerabilidade						
Ambientais						
Vestígios de animais sinantrópicos						
Roedores	141	32,6	43	21,0	184	28,9
Carrapatos	78	18,1	14	6,8	92	14,4
Pulgas	56	13,0	21	10,2	77	12,1
Terreno baldio	58	13,4	13	6,3	71	11,2
Acúmulo de entulho	39	9,0	20	9,8	59	9,3
Histórico de enchentes	36	8,3	12	5,9	48	7,5
Casa abandonada	8	1,9	2	1,0	10	1,6
Ambientes sujos	6	1,4	8	3,9	14	2,2
Acúmulo de lixo	5	1,2	16	7,8	21	3,3
Água Acumulada	5	1,2	8	3,9	13	2,0
Econômicos						
Desemprego ³	26	6,0	18	8,8	44	6,9
Falta de alimento	3	0,7	7	3,4	10	1,6
Sociais						
Transtornos de acumulação						
Objetos	10	2,3	6	2,9	16	2,5
Animais	4	0,9	4	2,0	8	1,2
Plantas	1	0,2	2	1,0	3	0,5
Necessidades especiais	14	3,2	7	3,4	21	3,3
Criança fora da escola ⁴	1	0,2	2	1,0	3	0,5
Total	491	100,0	203	100,0	694	100,0
Maus-tratos contra animais						
Animal mantido preso em guia curta	23	44,2	3	11,1	26	32,9
Animal com lesões cutâneas aparentes	14	27,0	2	7,4	16	20,3
Animal com quadro de doença instalado	11	21,1	18	66,7	29	36,7
Animal com baixo escore corporal	4	7,7	4	14,8	8	10,1
Total	52	100,0	27	100,0	79	100,0

Fonte: A autora (2019).

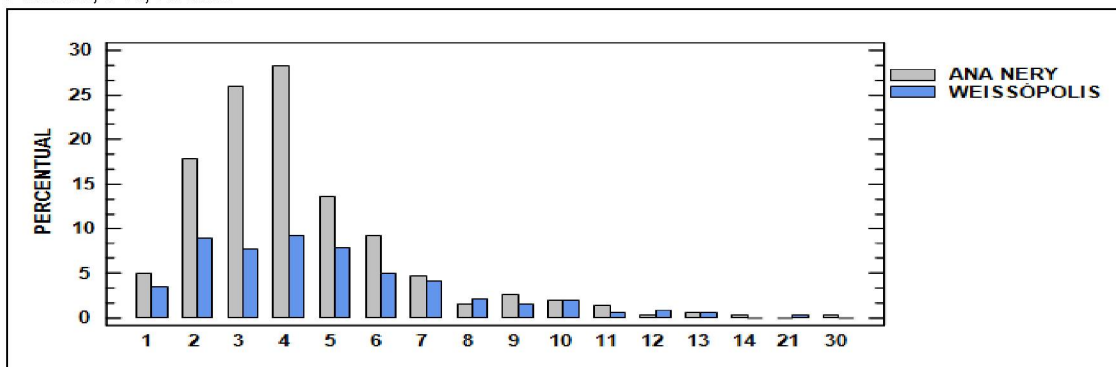
³ O desemprego foi caracterizado como a situação na qual a pessoa não exerce nenhuma ocupação.

⁴ Segundo relato dos ACS, confirmado pelo fato de encontrar as crianças em casa durante o contraturno escolar.

2.3.1. Moradores dos domicílios visitados

Nas 432 visitas domiciliares acompanhadas no território Ana Nery foram contabilizados 1.825 moradores, representando 17,6% do total de moradores cadastrados pelos ACS. Já no território Weissópolis, foram contabilizados 975 moradores nos 205 domicílios, 11,4% do total de cadastros realizados pelos ACS. O número de moradores por domicílio variou de um a trinta, e predominaram os domicílios com três e quatro moradores (FIGURA 4).

FIGURA 4 – Frequências do número de moradores por domicílio visitado em cada território. Pinhais, PR, Brasil.

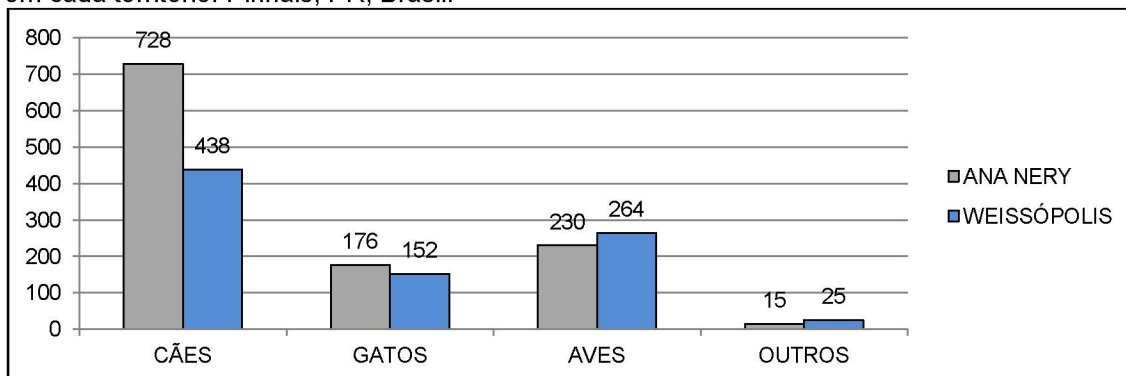


Fonte: A autora (2019).

2.3.2. Espécies animais observadas nos domicílios visitados

Durante cada visita domiciliar foi observado pelas médicas veterinárias se havia animais de estimação, e registrados os números de cães, gatos e aves. Outras espécies, registradas em número bem menor, incluíam equinos, peixes, porquinhos da Índia e hamsters. O número de cães prevaleceu sobre as demais espécies em ambos os territórios, representando 63,4% do total de animais no Ana Nery (n=1149) e 49,8% no Weissópolis (n=879) (FIGURA 5).

FIGURA 5 – Número de animais de estimação, por espécie, presentes nos domicílios visitados em cada território. Pinhais, PR, Brasil.



Fonte: A autora (2019).

Na análise dos dados por meio de intervalos de 95% de confiança, não foi encontrada diferença significativa entre os grupos estudados na maioria das variáveis. A variável “número de moradores” foi inicialmente comparada ao “número de animais por domicílio”, e os valores encontrados nos territórios Ana Nery e Weissópolis demonstraram que não houve evidências de associação significativa entre as variáveis em nenhum deles ($P>0,05$). Por conta disso, e devido à maior prevalência de cães e gatos nos domicílios, buscou-se refinar a pesquisa, e uma nova análise destes dados foi realizada considerando-se apenas estas espécies. Os resultados obtidos forneceram evidências para assumir que houve associação significativa entre o número de moradores e de cães e gatos em ambos os territórios (TABELA 2).

TABELA 2. Correlação entre número de moradores e número geral de animais de estimação e entre número de moradores e de cães e gatos nos domicílios visitados. Pinhais, PR, Brasil.

Variável	NÚMERO DE MORADORES	
	P-valor	
	ANA NERY	WEISSÓPOLIS
Número de animais de estimação no domicílio	0,9373	0,6419
Número de cães e gatos no domicílio	0,0268*	0,0056*

Fonte: a autora (2019). Nota: * $P<0,05$.

Foram observadas paralelamente as frequências de moradores e animais de estimação por espécie em cada domicílio visitado. O número moradores variou de um a trinta, e a quantidade de animais de estimação variou de zero a 48 (TABELA 3).

TABELA 3 – Frequências observadas do número de moradores e de animais de estimação, por espécie, em cada domicílio visitado de cada território. Pinhais, PR, Brasil.

N	MORADORES				CÃES				GATOS				AVES			
	ANA NERY		WEISSÓP		ANA NERY		WEISSÓP		ANA NERY		WEISSÓP		ANA NERY		WEISSÓP	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0	0,0	0	0,0	110	25,5	52	25,4	346	80,1	159	77,6	384	88,9	166	81,0
1	19	4,4	13	6,3	153	35,4	55	26,8	50	11,6	21	10,2	14	3,2	8	3,9
2	68	15,7	34	16,6	92	21,3	33	16,1	19	4,4	9	4,4	11	2,5	11	5,4
3	99	22,9	29	14,1	41	9,5	33	16,1	8	1,9	6	2,9	8	1,9	1	0,5
4	108	25,0	35	17,1	11	2,5	11	5,4	3	0,7	4	2,0	6	1,4	3	1,5
5	52	12,0	30	14,6	2	0,5	5	2,4	0	0,0	1	0,5	2	0,5	0	0,0
6	35	8,1	19	9,3	5	1,2	4	2,0	1	0,2	1	0,5	3	0,7	4	2
7	18	4,2	16	7,8	10	2,3	2	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
8	6	1,4	8	3,9	0	0,0	2	1,0	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
9	10	2,3	6	2,9	1	0,2	2	1,0	1	0,2	2	1,0	0	0,0	0	0,0
10	7	1,6	7	3,4	2	0,5	1	0,5	1	0,2	0	0,0	1	0,2	6	2,9
11	5	1,2	2	1,0	2	0,5	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
12	1	0,2	3	1,5	0	0,0	3	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5
13	2	0,5	2	1,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
14	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,2	2	1,0
21	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
22	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5
24	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
26	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5
30	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0
35	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5
40	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0
48	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0
TOTAL	432	100,0	205	100,0	432	100,0	205	100,0	432	100,0	205	100,0	432	100,0	205	100,0

Fonte: A autora (2019).

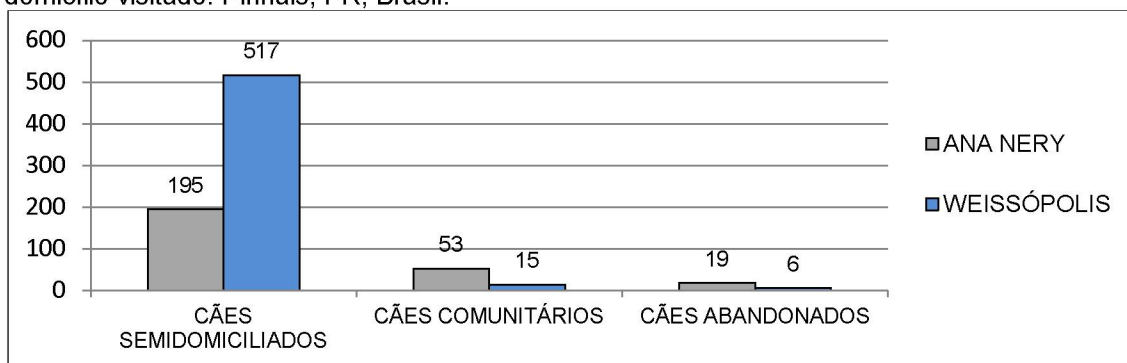
O maior número de cães e gatos observado demonstrou consonância com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada para o Ministério da Saúde em 2013 pelo IBGE, que passou a incluir os animais domésticos no censo populacional de cada domicílio. A PNS apontou que a população estimada de animais de estimação em domicílios brasileiros seria de 52,2 milhões de cães e de 22,1 milhões de gatos. Ou seja, 44,3% dos domicílios do país possuíam ao menos um cão, o equivalente a 28,9 milhões de unidades domiciliares, e 17,7% ao menos um gato, respeitando-se as variações na proporção e população de cães e gatos conforme a região, municípios e estados brasileiros (IBGE, 2013). Esse número de cães indica a proporção de cão:humano de 1:3,84, quase o dobro da estimada pela OMS. Além disso, considerando-se que o número de crianças de até 14 anos no Brasil era, no mesmo período, de 44,9 milhões, de acordo com outra pesquisa do IBGE, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), pode-se concluir que há mais cachorros de estimação de que crianças nos domicílios brasileiros (IBGE, 2015). Os animais de estimação são muitas vezes considerados membros da família (BECK & KARCHER, 1996), e números da indústria pet indicavam, até a última pesquisa, que o Brasil ocupava o segundo lugar quanto ao número de cães e gatos entre todos os países, ficando aquém somente dos Estados Unidos (ABINPET, 2013).

Um Censo Animal, realizado em 2018 no município de Pinhais/PR, apontou que 62,43% dos domicílios possuíam animais (BAQUERO et al., 2018), e no presente estudo a proporção observada entre cães e humanos foi de 1:2,51 no território Ana Nery, e de 1:2,22 no território Weissópolis. Já a proporção observada entre gatos e humanos foi de 1:10,36 no território Ana Nery, e de 1:6,41 no território Weissópolis. Estes indicativos demonstram a importância da abordagem em saúde pensando-se nas famílias multiespécies, pois o estreitamento das relações com os animais de companhia é cada vez mais proeminente, chegando ao ponto de ocorrer a chamada humanização destes animais, que são, muitas vezes, considerados filhos. Esta maior proximidade aumenta os riscos de ocorrência de patologias de caráter zoonótico, o que implica na necessidade de se investir em programas de conscientização embasados na Saúde Global.

2.3.3. Espécies animais observadas nas ruas

Foi registrado no momento das visitas o número de animais que se encontravam soltos na rua, considerando-se a frente de cada domicílio e o entorno imediato. Foram observados no território Ana Nery 281 animais, sendo 275 cães (97,9%) e seis gatos (2,1%), e no território Weissópolis, 504 animais, sendo 498 cães (98,8%), três gatos (0,6%) e três equinos (0,6%). Buscou-se a origem de cada animal observado com os moradores e com os ACS, que já conheciam praticamente todos os animais em cada rua. No caso específico dos cães, os moradores dos dois territórios foram questionados sobre a origem de cada um, a fim de diferenciar os animais semidomiciliados, comunitários e abandonados. Sobressaíram-se os índices de cães semidomiciliados (FIGURA 6), sobretudo no território Weissópolis (TABELA 4).

FIGURA 6 – Número de cães, por origem, observados em frente e no entorno imediato de cada domicílio visitado. Pinhais, PR, Brasil.



Fonte: A autora (2019).

TABELA 4 – Frequências do número e origem de cães observados em frente e no entorno imediato de cada domicílio visitado. Pinhais, PR, Brasil.

N	SEMIDOMICILIADOS				COMUNITÁRIOS				ABANDONADOS			
	ANA NERY		WEISS		ANA NERY		WEISS		ANA NERY		WEISS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	334	77,3	111	54,1	401	92,8	201	98,0	421	97,5	202	98,5
1	57	13,2	6	2,9	20	4,6	0	0,0	3	0,7	0	0,0
2	9	2,1	17	8,3	0	0,0	0	0,0	8	1,9	3	1,5
3	21	4,9	18	8,8	11	2,5	1	0,5	0	0,0	0	0,0
4	4	0,9	14	6,8	0	0,0	3	1,5	0	0,0	0	0,0
5	1	0,2	3	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6	6	1,4	11	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
8	0	0,0	2	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10	0	0,0	23	11,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	432	100,0	205	100,0	432	100,0	205	100,0	432	100,0	205	100,0

Fonte: A autora (2019).

A quantidade de cães semidomiciliados, aqueles que possuem tutor, mas têm livre acesso à rua, foi bastante expressiva. Com relação aos gatos, foram observados, no momento das visitas, apenas seis (2,1%) no território Ana Nery e três (0,6%) no território Weissópolis. Os moradores das duas áreas foram questionados sobre a origem de cada um, e constatou-se que eram todos animais semidomiciliados. Gatos possuem hábitos mais reservados que cães, e talvez por isso o número tenha sido pequeno.

O número de cães comunitários e abandonados observados em ambos os territórios foi pequeno, sugerindo-se que seja baixo o índice de cães abandonados na região. Entretanto, o problema do abandono é um reflexo de uma IHAA negativa, um ato humano inconsequente, uma vez que o abandono de animais constitui um crime previsto em Lei (BRASIL, 1998a), e também um fator de risco à saúde pública, pois estes animais se tornam errantes e enfrentam forma de vida totalmente adversa, muitas vezes precisando se alimentar de lixo. Tendo acesso a esgotos e alimentos em decomposição e eliminando seus dejetos nas vias públicas podem facilmente contrair e veicular zoonoses, o que por si só já é bastante grave. Além disso,

tornam-se sujeitos a diferentes tipos de maus-tratos, brigas com outros animais e atropelamentos (HAMMERSCHMIDT & MOLENTO, 2012).

O abandono de cães representa um importante problema de saúde pública (GARCIA, 2009; BAQUERO et al., 2017; HAMMERSCHMIDT, 2017), e a interação entre os seres humanos e os cães pode apresentar riscos, devido a questões como a biologia canina e o elevado potencial reprodutivo da espécie, o desconhecimento dos tutores sobre as necessidades físicas, psicológicas e comportamentais dos animais, o manejo inadequado, a cultura e condições socioeconômicas da comunidade, as características familiares e a falta de efetivas políticas públicas de controle populacional (GARCIA, CALDERÓN & FERREIRA, 2012), que são influenciadas por demandas sociais, legais, financeiras e éticas (GARCIA, 2009; FERREIRA, 2009).

No Censo Animal realizado em 2018 no município de Pinhais, em parceria com a UFPR e a USP, foram contabilizados 50.444 animais domiciliados e 820 sem dono conhecido (BAQUERO et al., 2018). Os números obtidos no presente estudo demonstram que houve acesso apenas a uma pequena fração desta população, entretanto, esta pequena amostragem já foi capaz de elucidar os problemas decorrentes da falta de acesso a programas educacionais de controle populacional animal e guarda responsável.

A aplicação de medidas sanitárias para prevenção e controle das zoonoses, a forma de manejo e a dinâmica das populações caninas têm relação direta com o grau de desenvolvimento das nações, seus níveis de urbanização, estratificação social e condicionantes culturais. Os animais de estimação são dependentes dos humanos, sendo, portanto, condicionados e afetados direta ou indiretamente pelos mesmos agravos que lhes acometem (GARCIA, CALDERÓN & FERREIRA, 2012).

Amplas estratégias são requeridas para modificar a situação destes animais, a partir de métodos de abordagem que promovam a capacitação da comunidade e a mudança de atitudes. Para tanto, torna-se fundamental o desenvolvimento de estratégias de trabalho participativas e intersetoriais para impulsionar a responsabilidade social da comunidade pelo controle das populações animais (PAHO, 2003), o que requer amparo da legislação (SANTANA & OLIVEIRA, 2008).

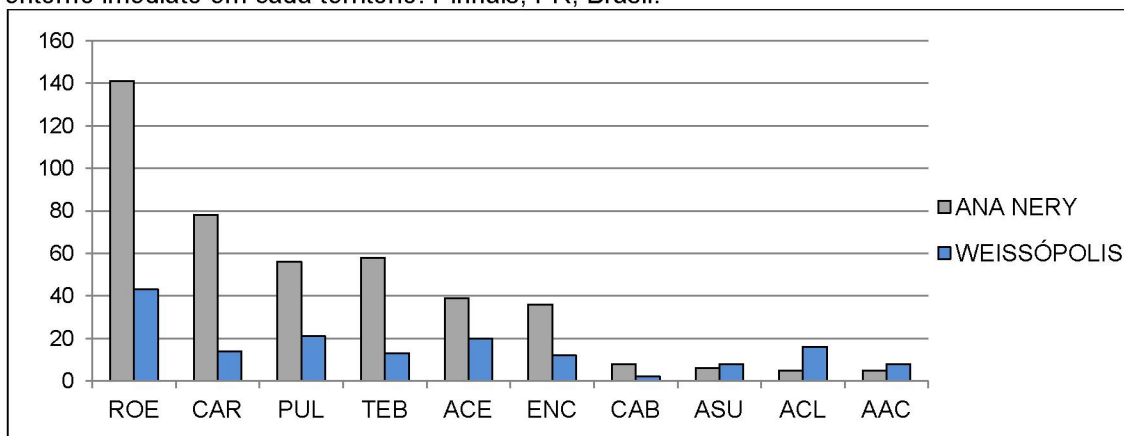
2.3.4. Fatores de vulnerabilidades diagnosticados nos domicílios visitados e entorno imediato

2.3.4.1. Fatores de vulnerabilidade ambiental

A preocupação humana com o saneamento esteve quase sempre relacionada ao risco de transmissão de doenças. Contudo, o desenfreado crescimento da população mundial e da urbanização, o consumo excessivo, com lógica elevação na produção de resíduos e seu descarte irregular no meio ambiente têm gerado uma preocupação ainda mais abrangente, a escassez dos recursos naturais (ROSEN, 1994; REZENDE & HELLER, 2002; PEREIRA, 2005; RIBEIRO & GÜINTER, 2002; RIBEIRO & ROOKE, 2010; ROUQUAYROL & SILVA, 2013).

Dentre os fatores de vulnerabilidade ambiental observados nos dois territórios, constataram-se a presença de focos e vestígios de roedores, carrapatos e pulgas terrenos baldios, acúmulo de entulho, histórico de enchentes, casas abandonadas, ambientes sujos, acúmulo de lixo e pontos de água acumulada (FIGURA 7).

FIGURA 7 – Fatores de vulnerabilidade ambiental observados nos domicílios visitados e entorno imediato em cada território. Pinhais, PR, Brasil.



Fonte: A autora (2019). Nota: ROE: roedores; CAR: carrapatos; PUL: pulgas; TEB: terreno baldio; ACE: acúmulo de entulho; ENC: domicílios com histórico de enchentes; CAB: casa abandonada; ASU: ambiente sujo; ACL: acúmulo de lixo; e AAC: água acumulada.

2.3.4.1.1. Vestígios de animais sinantrópicos

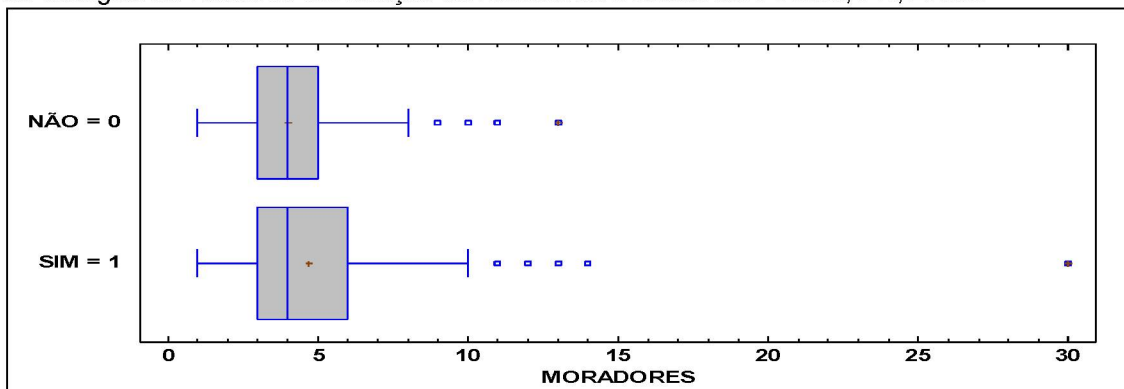
O crescente estreitamento das relações entre animais domésticos e seres humanos contribui para o aumento do risco de transmissão de zoonoses, tornando-se um importante problema de saúde pública. Os animais sinantrópicos, por sua vez, são erroneamente considerados pragas urbanas, devido à sua alta capacidade de adaptação e reprodução. Entretanto, sua presença é propiciada pelos próprios maus hábitos humanos, que geram desequilíbrio ambiental (ZORZENON, 2002). Verificou-se no presente trabalho que a presença de vestígios de roedores, carrapatos e pulgas foram os problemas mais evidentes em ambos os territórios. Foram 141 registros de roedores (32,6%), 78 de carrapatos (18,1%) e 56 de pulgas (13,0%) no território Ana Nery, *versus* e 43 (21,0%), 14 (6,8%) e 21 (10,2%), respectivamente, no território Weissópolis.

Considerando-se os vestígios de roedores no ambiente, optou-se por realizar duas análises, uma considerando-se o número total de domicílios visitados, e a segunda selecionando apenas os domicílios em que havia cães, devido à maior tendência de atrair roedores pela presença de alimento exposto no ambiente, o que torna esta espécie mais propensa a contrair doenças veiculadas por roedores quando comparado aos gatos, que normalmente se alimentam no interior dos domicílios e não deixam sobras.

No território Ana Nery houve evidências de associação significativa entre esta variável e o número de moradores e de animais de estimação nos domicílios visitados ($P < 0,05$). Uma hipótese para explicar este resultado é a maior presença, neste bairro, dos “quatro A” da

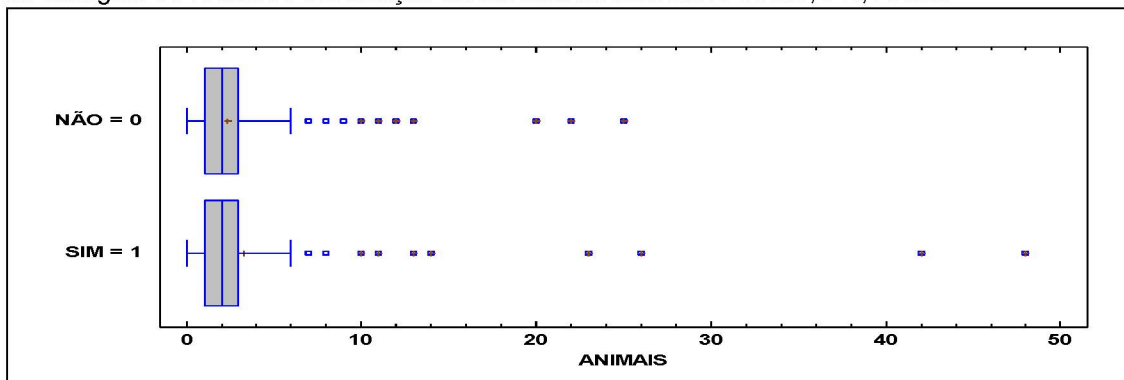
epidemiologia, água, abrigo, alimento e acesso, que facilitam a aproximação dos animais sinantrópicos (PEREIRA, 2005; SÃO PAULO, 2019). Foi elaborado um gráfico do tipo Boxplot para demonstrar a correlação da presença de vestígios de roedores com o número de moradores e (FIGURA 8) e com o número de animais (FIGURA 9). A hipótese que poderia explicar os achados envolve a presença de grande quantidade de terrenos baldios, casas abandonadas e acúmulos de entulho na região, locais que servem de abrigo, e de cães domiciliados, semidomiciliados e errantes no bairro, cujo alimento atrai os roedores.

FIGURA 8 – Domicílios do território Ana Nery que apresentaram ou não o problema ambiental de vestígios de roedores em relação ao número de moradores. Pinhais, PR, Brasil.



Fonte: A autora (2019).

FIGURA 9 – Domicílios do território Ana Nery que apresentaram ou não o problema ambiental de vestígios de roedores em relação ao número de animais. Pinhais, PR, Brasil.



Fonte: A autora (2019).

Roedores são importantes fontes de transmissão de leptospirose, doença de notificação compulsória no Brasil, visando ao desencadeamento das ações de vigilância epidemiológica e controle (PINHAIS, 2016). No período de 2009 a 2015, o país registrou 28.776 casos confirmados de leptospirose e 2.425 óbitos, representando índice de letalidade de 8,42%. No mesmo período, o estado do Paraná registrou 2.259 casos confirmados e 283 óbitos registrados, letalidade de 12,52%. No município de Pinhais, local do estudo, no período de 2009 a 2015 foram notificados 196 casos da doença, sendo confirmados 32 casos, dos quais 87,5% ocorreram em homens, a maioria dos casos concentrando-se na faixa etária de 30 a 59 anos, tendo sido registrados seis casos de óbito (BRASIL, 2016b; PINHAIS, 2016).

Com relação à presença de vestígios de pulgas no ambiente, as análises realizadas não forneceram evidências para assumir que houve associação significativa entre esta variável e o número de moradores em nenhum dos territórios ($P > 0,05$). Foi realizada apenas a contabilização dos domicílios que possuíam ou não vestígios de pulgas, entretanto, não foi levantada a informação sobre a espécie destes ectoparasitas. Os ovos, larvas e pupas destes insetos sobrevivem no meio ambiente de semanas a meses, sem a necessidade obrigatória de um hospedeiro (HEUKELBACH, MENCKE & FELDMEIER, 2002), e são comuns as infestações causadas pelas espécies *Ctenocephalides felis*, *Ctenocephalides canis*, *Trichodectes canis*, *Rhopalopsyllus lutzi*, híbridos *C. felis* X *C. canis* e *Tunga penetrans*, sendo os animais domésticos e ratos importantes reservatórios nas áreas urbanas, e os porcos nas áreas rurais (HEUKELBACH, MENCKE & FELDMEIER, 2002; HEUKELBACH et al., 2003). A espécie *C. felis*, particularmente, acomete cães e gatos mundialmente, tendo sido encontrado em animais domésticos e selvagens (DRYDEN & RUST, 1994; FORTALEZA, 2009). Hospedeiros parasitados podem apresentar reações cutâneas locais, dermatites, graus variados de anemia e até mesmo ser infectados por patógenos existentes na saliva destes artrópodes, transmitidos no momento da espoliação (CARLOTTI & JACOBS, 2000).

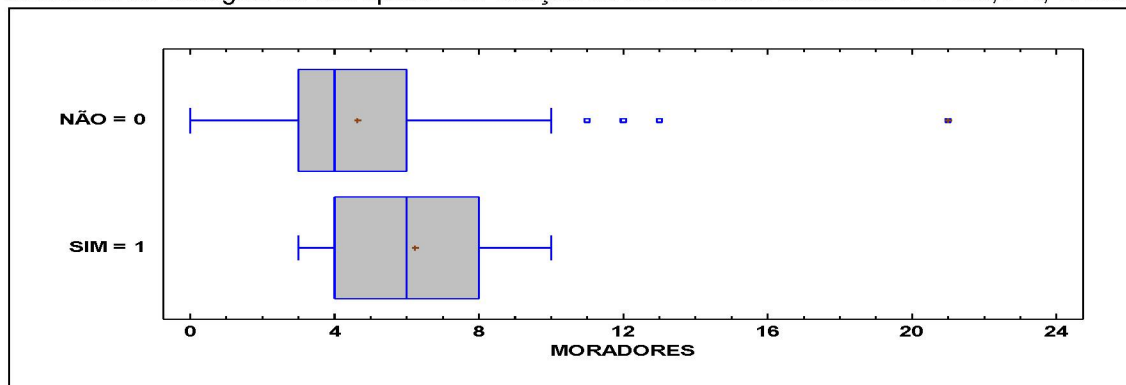
Sobre os vestígios de carrapatos no ambiente, as análises demonstraram que houve evidências de associação significativa com o número de moradores ($P < 0,05$) no território Weissópolis. Não foram consideradas as espécies de carrapatos, apenas se havia ou não vestígios deste ectoparasita. Conforme o ambiente em que o cão vive, podem ser observadas infestações por diferentes espécies de carrapatos. Em ambiente urbano, em que cães comumente não têm acesso a áreas de matas, há predominância de *Rhipicephalus sanguineus*, ixodídeo que possui hábito nidícola e adaptação às cidades, inclusive escalando muros para ter acesso a diferentes domicílios. Nos cães contactantes com áreas silvestres, em contrapartida, predomina a ocorrência de *Amblyomma* spp., pois as espécies deste gênero costumam viver nas matas e parasitar várias espécies de aves e mamíferos, seus hospedeiros naturais. Os cães que adentram estas áreas tornam-se hospedeiros acidentais (LABRUNA & PEREIRA, 2001).

Dentre as hipóteses que poderiam explicar os achados figuram a quantidade de áreas verdes da região, associadas à urbanização, ambas favoráveis à presença de carrapatos, e os índices de cães e de equinos nas ruas, que são hospedeiros e se tornam veiculadores destes ectoparasitas. Além disso, o fato de os cães terem acesso ao interior das casas ou quintal próximo favorece as infestações por *R. sanguineus* (RODRIGUES, DAEMON & RODRIGUES, 2008). Foi elaborado um gráfico do tipo Boxplot para demonstrar a correlação (FIGURA 10).

A somatória destes resultados condiz com a estreita correlação entre humanos e animais de companhia, bastante antiga. As famílias multiespécie evidenciam a existência de uma relação bastante próxima entre os seres humanos e seus animais de companhia, visto que as pessoas podem criar fortes vínculos emocionais com os cães e gatos e reconhecê-los como membros da família (FLYNN, 2000). Além disso, este estreito convívio entre o homem, os cães e os gatos não se limita a uma situação de coabitação familiar, pois estes animais frequentam também áreas públicas de lazer e, conseqüentemente, com frequência defecam nesses locais.

Uma vez infectadas com parasitas, estas fezes podem contaminar o solo com ovos e larvas de helmintos e oocistos de protozoários, transmitindo doenças às pessoas (CORRÊA & MOREIRA, 1993; FORTALEZA, 2009).

FIGURA 10 – Domicílios do território Weissópolis que apresentaram ou não o problema ambiental de vestígios de carrapatos em relação ao número de moradores. Pinhais, PR, Brasil.



Fonte: A autora (2019).

Os animais sinantrópicos, como todo ser vivo, necessitam encontrar condições que propiciem sua sobrevivência, como água, alimento e abrigo, e cabe ao ser humano evitar que espécies indesejáveis se instalem ao seu redor. Para tanto, é necessário conhecer o que serve de alimento e abrigo para cada espécie que se pretende controlar e adotar medidas preventivas, mantendo os ambientes mais saudáveis e evitando o uso de produtos químicos, que podem forçar uma seleção e eliminar não somente espécies indesejáveis, mas também as benéficas ao ecossistema, além de contaminar a água e o solo.

As condições ambientais observadas têm relação com os hábitos das pessoas, e não com a presença dos animais em si, uma vez que o surgimento de animais sinantrópicos decorre da presença de condições descritas no trinômio conhecido como “três A: água, abrigo e alimento” (ZORZENON, 2002), e do desequilíbrio ambiental antrópico, como a presença de lixões, falta de saneamento básico e tratamento inadequado da água, dentre outros (MARA & FEACHEM, 1999; SOARES, BERNARDES & CORDEIRO NETTO, 2002; PINHAIS, 2016). Atualmente já se fala em “quatro A”, incluindo também o acesso facilitado destas espécies aos diversos ambientes (SÃO PAULO, 2019).

Diversas espécies de animais podem transmitir patologias de caráter zoonótico aos humanos, sendo a maior parte causada por microrganismos como vírus, bactérias, fungos, protozoários e helmintos, dentre as quais figuram a doença de Chagas, febre do Nilo, febre amarela, febre maculosa, dengue, zika, chikungunya, leishmaniose, leptospirose, raiva, acidentes por picadas de animais peçonhentos, hantavirose, leptospirose, leishmanioses, anthrax, clostridiose, colibacilose, pasteurelose, pseudotuberculose, salmonelose, shigelose, tétano, tuberculose, hepatite, sarampo, varíola, criptosporidiose, giardíase e malária (BRASIL, 2009; BARBOSA, MARTINS & MAGALHÃES, 2011).

A melhoria da qualidade de vida das populações, sobretudo as carentes, requer medidas de controle efetivas e eficientes, incluindo programas de controle de ectoparasitoses e de verminoses intestinais (HEUKELBACH, SALES DE OLIVEIRA & FELDMIEIER, 2003), visto que

as zoonoses representam uma constante preocupação para as autoridades e profissionais que atuam na saúde pública e medicina preventiva, uma vez que requerem aprimoramento e atualizações contínuos. As medidas de controle abrangem os cuidados individuais e ações conjuntas de preservação ambiental, pensando-se na promoção da saúde humana e das demais espécies animais (BARBOSA, MARTINS & MAGALHÃES, 2011; PINHAIS, 2016). Associadas à educação popular em saúde, tais medidas demonstram-se extremamente viáveis às políticas públicas de saúde, pois reduzem os custos da assistência primária (HEUKELBACH, SALES DE OLIVEIRA & FELDMEIER, 2003; GELINSKI & SEIBEL, 2008).

2.3.4.1.2. Terrenos baldios

Foram registrados 58 terrenos baldios no território Ana Nery e 13 no Weissópolis, representando 13,4% e 6,3% do total de domicílios visitados, respectivamente. Não houve correlação estatística entre esta variável e a ocorrência de animais sinantrópicos em nenhum dos territórios ($P > 0,05$). Entretanto, a presença destes espaços representa um risco à saúde da população, sendo bastante comum observar deposição de lixo e entulhos nestes locais, o que configura um despejo irregular de resíduos (KARPINSK et al., 2009), bem como a criação de ambientes propícios à proliferação de animais sinantrópicos e pontos de acúmulo de água, favorecendo a multiplicação de vetores como o *Aedes aegypti*, agente responsável pela transmissão de arboviroses (CHIARAVALLI et al., 2002; LIMA-CAMARA, 2016).

Além disso, estes ambientes são muitas vezes utilizados por dependentes químicos para uso de drogas ilícitas (BORDIGNON et al., 2011) e até para o cometimento de crimes sexuais (VIANNA, BOMFIM & CHICONE, 2006). Além disso, geram custos de manutenção aos cofres públicos, já que muitas vezes precisam ser limpos pelas prefeituras. Estudos apontam que na medida em que aumenta o grau de ineficiência da coleta pública aumentam também os problemas com a disposição de lixo em ruas e terrenos baldios na cidade (SANTOS & BARBOSA E SOUZA, 2013).

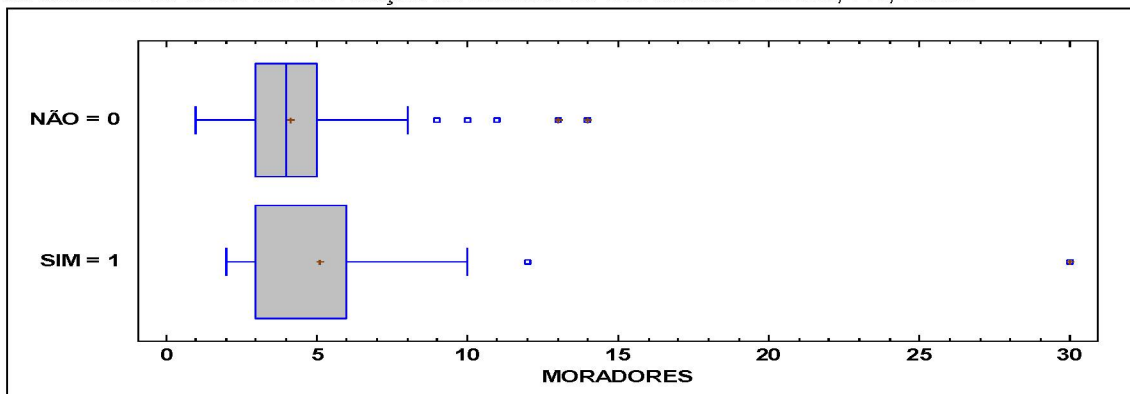
Embora os municípios de Pinhais disponham de um eficiente serviço público de coleta de lixo e de constantes campanhas educativas, ainda assim foi possível observar, nos dois territórios, o despejo irregular de resíduos em terrenos baldios, o que permite supor que a razão do problema observado no município seja cultural.

2.3.4.1.3. Acúmulo de entulho

O acúmulo de entulhos foi outro problema ambiental bastante notável durante as visitas domiciliares. Foram registrados 39 casos no território Ana Nery e 20 no território Weissópolis, representando, respectivamente, 9,0% e 9,8% do total de domicílios visitados. Esta variável apresentou correlação estatística com a ocorrência de vestígios de roedores no território Ana Nery ($P < 0,05$), no qual também houve evidências de associação significativa com o número de moradores ($P < 0,05$).

Uma das hipóteses para explicar os achados é a característica cultural dos moradores da região influenciando seus hábitos sanitários. Este problema ambiental apresenta relação direta com a saúde pública, sendo comumente associado à presença de sujeira e à falta de higiene e de cuidado com a casa, visto que gera um ambiente propício à proliferação de animais sinantrópicos, predispondo ao risco tanto os moradores do próprio domicílio quanto seus vizinhos (CHIARAVALLOTI et al., 2002). Foi elaborado um gráfico para demonstrar a correlação entre o acúmulo de entulhos e o número de moradores (FIGURA 11).

FIGURA 11 – Domicílios do território Ana Nery que apresentaram ou não o problema ambiental de acúmulo de entulhos em relação ao número de moradores. Pinhais, PR, Brasil.



Fonte: A autora (2019).

A origem dos entulhos observados no estudo foi bastante diversa, incluindo resíduos de construção civil, móveis e utensílios domésticos velhos e material reciclável recolhido por catadores. Este descaso com o meio ambiente pode gerar vários prejuízos ecossistêmicos, tais como a destruição da camada de ozônio, o efeito estufa e outras catástrofes decorrentes de ações antrópicas, demonstrando que são necessárias reformulações nos processos produtivos e de consumo, desde a exploração da matéria-prima, seu uso industrial, o transporte e o destino dos resíduos gerados (JOHN, 2000).

A cadeia produtiva da construção civil, por exemplo, é responsável por uma quantidade considerável de resíduos de construção e demolição que, depositados em encostas de rios, vias e logradouros públicos, fomentam o surgimento de locais de deposições irregulares nos municípios, que comprometem a paisagem urbana e alastram-se pelas pistas, dificultando o tráfego de pedestres e de veículos e a drenagem urbana. Além disso, poluem o solo, deterioram o ambiente e atraem resíduos não inertes, oferecendo, simultaneamente, água, alimento e abrigo e promovendo a multiplicação de vetores patogênicos como ratos, baratas, moscas, vermes, bactérias, fungos e vírus, afetando a qualidade de vida de toda a sociedade (PINTO, 2000; SCHNEIDER, 2003; KARPINSK et al., 2009).

Grande parte dos resíduos gerados pelas atividades humanas pode ser tratada e destinada ao reaproveitamento, de modo a reduzir os impactos ambientais. Terra de remoção, por exemplo, pode ser utilizada em solicitações cadastradas pelas prefeituras municipais, em aterros, terraplenagens e jardins e em restauração de solos contaminados. Madeira pode ser vendida para empresas que a utilizem como material energético ou matéria-prima,

encaminhada para reaproveitamento ou reutilizada em obras de construção. Metais, embalagens, papel, papelão, plásticos e vidros podem ser reutilizados em obras, ou vendidos a empresas de reciclagem, cooperativas/associações de catadores, depósitos e ferros-velhos devidamente licenciados. Vidros podem ser vendidos a empresas de reciclagem. Resíduos perigosos ao meio ambiente e contaminados, como óleos, tintas, vernizes, produtos químicos e amianto, por sua vez, podem ser vendidos a empresas de reciclagem de tintas e vernizes ou a empresas de coprocessamento (KARPINSK et al., 2009).

A atuação do poder público, no que tange aos acúmulos de entulhos nos municípios, geralmente se restringe à tomada de medidas paliativas, com serviços de coleta e custeio do transporte e acondicionamento final. Estas ações, no entanto, geralmente não solucionam de forma definitiva a questão de limpeza urbana, uma vez que não atingem a totalidade dos resíduos. Além disso, antagonicamente incentiva a continuidade da prática de deposição irregular nos locais atendidos pela limpeza pública da administração municipal (PINTO, 2005).

É fundamental ressaltar que há diferenças entre reciclagem e reutilização. Ao reutilizar determinado produto, este é reaproveitado sem qualquer alteração física, podendo ou não alterar o seu uso original. Um exemplo são as embalagens vazias de vidro de alimentos, que são lavadas e esterilizadas, e então utilizadas para acondicionar objetos diversos, e até o mesmo produto. Na reciclagem, em contrapartida, o produto inicial é submetido a um processo de transformação, artesanal ou industrial. É o caso das embalagens retornáveis, que sofrem apenas um processo de limpeza, e as sem retorno, que, depois de trituradas, têm em seus cacos uma matéria-prima para a confecção de novas embalagens (ALENCAR, 2005).

Torna-se necessário buscar alternativas para reduzir o acúmulo desses resíduos, estimulando o uso consciente de materiais, com conseqüente redução das perdas e dos resíduos gerados, e a expansão do grau de conscientização ambiental, visando a minimizar os impactos causados pela urbanização indiscriminada e mal planejada das cidades e cobrar do poder público a aplicação de legislações que façam valer os direitos e deveres de cada cidadão. Além disso, a reciclagem de todos os resíduos gerados é fundamental, pois pode reduzir custos e o volume de extração da matéria-prima, preservando os recursos naturais, e também minimizar os problemas decorrentes do gerenciamento dos resíduos sólidos urbanos nos municípios (LEITE, 2001). A reciclagem propicia à comunidade e ao planeta benefícios sanitários, ambientais, econômicos e educacionais (ALENCAR, 2005).

2.3.4.1.4. Histórico de enchentes

O histórico de enchentes tem como base a própria localização dos domicílios e, sobretudo, o reflexo dos despejos irregulares de dejetos, lixo e entulhos, que são carregados pela água das chuvas até os rios, quando não despejados diretamente nestes, e obstruem os canais de drenagem da água, gerando o transbordamento. Foram 36 registros (8,3%) no território Ana Nery e 12 (5,9%) no Weissópolis. Estes problemas ambientais também são considerados fatores de vulnerabilidades às famílias que residem nestas áreas, considerando-se os riscos de acidentes e a maior suscetibilidade à ocorrência de doenças transmitidas por

patógenos que podem ser veiculados pela água e pelos vetores presentes naturalmente no local ou que se proliferam devido às próprias ações antrópicas.

Todos os domicílios visitados no território Ana Nery apresentaram ao menos um tipo de problema ambiental. No território Weissópolis, por sua vez, em 48 dos domicílios (23,4%) não houve evidências deste tipo de desordem.

A degradação ambiental é citada como assídua condição ao surgimento das doenças emergentes, todavia é subestimada em estratégias de políticas públicas, nas quais a terapêutica é tomada como prioridade à prevenção de doenças (SCHMIDT, 2007). Pode-se supor que o meio ambiente esteja, deste modo, relacionado aos eventos agudos e crônicos que acometem a população. O saneamento ambiental não tem, historicamente, recebido prioridade na formulação de políticas públicas e ações do setor privado da economia, sendo realizado de forma insuficiente ou deficiente e resultando em condições insatisfatórias. A falta de informação, educação sanitária e instituição de hábitos e práticas sanitárias e ambientais na rotina da população agrava a situação, tornando ainda piores suas condições de saúde, desequilíbrio ambiental e baixa qualidade de vida. É fundamental que seja instituída uma aliança entre o saneamento ambiental e a educação ambiental como uma tática para a abordagem e o desenvolvimento das questões de saúde pública e ambiental, pois caso contrário os programas e projetos não obtêm sucesso e não conseguem se sustentar (RIBEIRO & GÜINTER, 2002; NARVAI & SÃO PEDRO, 2008).

2.3.4.1.5. Casas abandonadas

Foram registradas oito casas abandonadas no território Ana Nery e duas no Weissópolis, representando 1,9% e 1,0% do total de domicílios visitados, respectivamente. Não houve correlação estatística entre esta variável e a ocorrência de animais sinantrópicos em nenhum dos territórios ($P > 0,05$). No entanto, casas abandonadas, assim como os terrenos baldios, são ambientes favoráveis à disseminação destes animais, representando riscos à população devido à possibilidade de disseminação de doenças (CHIARAVALLI et al., 2002; LIMA-CAMARA, 2016). Além disso, estes locais são costumeiramente utilizados como abrigo por dependentes químicos e moradores de rua (BORDIGNON et al., 2011), muitas vezes incluindo crianças (MEDEIROS et al., 2001; CERQUEIRA-SANTOS et al., 2006), e este uso inadequado do espaço torna o local ainda mais propenso à proliferação de doenças.

Os ACS têm conhecimento das casas abandonadas existentes nos territórios, mas este assunto é precariamente discutido durante as reuniões realizadas pelas equipes de saúde (MATUMOTO et al., 2011), que parecem subestimar este problema de saúde pública, provavelmente por desconhecerem a gravidade das implicações dele decorrentes, como foi observado pelas médicas veterinárias durante o acompanhamento das visitas domiciliares e das próprias reuniões de equipe.

Os proprietários destes imóveis deveriam ser responsabilizados pelos mesmos, bem como pelos danos ambientais, sociais e de saúde gerados pelo descuido com estes espaços.

Entretanto, muitas vezes não são identificados, e a questão vai sendo postergada até cair no esquecimento, tanto pelos munícipes quanto pelos profissionais da saúde e gestores públicos.

2.3.4.1.6. Ambientes sujos

Foram registrados seis casos de ambiente sujo no território Ana Nery e oito no território Weissópolis, representando, respectivamente, 1,4% e 3,9% do total de domicílios visitados. Esta variável apresentou correlação estatística com a ocorrência de vestígios de carrapatos no território Weissópolis ($P < 0,05$).

Ambientes sujos foram observados dentro e fora das residências visitadas, e são rotineiramente registrados pelos ACS durante as visitas domiciliares (MATUMOTO et al., 2011). Diversas famílias mantêm suas moradias sem higienização, com ambientes sujos e lixo espalhado pelo chão, sendo que muitas vezes o espaço é bastante restrito e comporta número excessivo de pessoas (COSTA, CASTRO & BASTOS, 2013).

Ambientes inóspitos predisõem os moradores e a própria comunidade a doenças infecciosas e parasitárias (SOARES, BERNARDES & CORDEIRO NETTO, 2002; BRASIL, 2010; BUSATO et al., 2014). Considerando-se que o domicílio é o próprio ambiente familiar (MANO, 2009), e que é neste ambiente que se constrói, sobretudo no âmbito afetivo, o conjunto das mais poderosas forças influenciadoras da promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos (NOGUEIRA & FONSECA, 1997), as condições das moradias devem ser consideradas na abordagem da saúde do indivíduo e da família (MANO, 2009).

Diversos domicílios visitados estavam dispostos em pequenas vilas ou becos, conjunto de casas inóspitas nos quais o entra e sai de homens, mulheres, jovens, crianças e animais, gatos e cachorros, era constante. O ambiente externo parecia compor uma extensão das próprias casas, já que rotineiramente não comportavam confortavelmente todos os moradores. Esta realidade está em consonância com o descrito em trabalhos anteriores (MANO, 2004; MANO, 2009; MATUMOTO et al., 2011).

2.3.4.1.7. Acúmulo de lixo

A expressão *lixo* deriva do termo latim *lix* e significa *cinza*. Podem ser considerados lixo todos os tipos de resíduos sólidos decorrentes das atividades humanas ou de materiais considerados inúteis ou irrecuperáveis, seja papel, papelão, restos de alimentos, vidros, embalagens plásticas (OLIVEIRA & CARVALHO, 2004). Foram registrados cinco casos de acúmulo de lixo no território Ana Nery e 16 no Weissópolis, representando respectivamente 1,2% e 7,8% do total de domicílios visitados. Não houve correlação estatística entre esta variável e a ocorrência de animais sinantrópicos em nenhum dos territórios ($P > 0,05$).

Os padrões de produção e consumo da sociedade contemporânea vêm provocando desastrosos efeitos na produção de lixo, num ritmo sem precedentes. A quantidade e a variedade de resíduos têm se modificado gradativamente, gerando impactos no ambiente e na

saúde de toda a população (SIQUEIRA & MORAES, 2009). Estes maus hábitos culminam na destruição dos recursos naturais e no agravamento da pobreza e do desequilíbrio, uma vez que geram acumulação e desperdício. Deste formato de pensamento surgiu a expressão “descartável”, utilizada de forma imprópria, desencadeando um círculo vicioso entre a quantidade e a qualidade dos resíduos gerados e as políticas econômicas e sociais, uma vez que parte da população passou a se beneficiar da geração de resíduos, utilizando-os como fonte de renda, os chamados catadores. Estes indivíduos tomam a coleta de materiais recicláveis como meio de sobrevivência (MNCR, 2001; MNCR, 2013), e ainda são insuficientemente estudados pela saúde pública ou qualquer outra área (PORTO et al., 2004; FERREIRA, 2002).

Nos dois territórios estudados vários dos moradores dependiam da coleta de lixo reciclável, tendo esta atividade como única fonte de renda. Esta relação entre o acúmulo de resíduos sólidos urbanos e os catadores fomenta uma relação social de exclusão, pois conserva estes cidadãos na informalidade profissional. A população acredita que pode produzir lixo à vontade, por haver quem recolha, e a disponibilidade deste lixo urbano em grande quantidade e em condições inadequadas de separação mantém os catadores em condições de subsistência e de sofrimento tendo que coletar grandes quantidades de materiais recicláveis para vender e obter sua renda. Não bastasse este aspecto negativo do desenfreado hábito de consumo da sociedade, em suas diversas esferas, os resíduos sólidos urbanos ainda geram degradação ambiental e resultam em sérios riscos à saúde desta mesma sociedade, além de causar impactos sociais, econômicos e administrativos (SIQUEIRA & MORAES, 2009). Trata-se de um problema de grande relevância social, dado o elevado número de catadores de materiais recicláveis em todo país, envolvendo famílias inteiras.

Na década de 1990 a situação precária destes milhares de pessoas que sobreviviam da cata de materiais em lixões, inclusive crianças, passou a ganhar repercussão pública (PEREIRA & TEIXEIRA, 2011), e dados desta época demonstraram que existiam 45 mil crianças e adolescentes vivendo e trabalhando em lixões (FERREIRA, 2002). Atualmente estima-se que haja entre 500 e 800 mil pessoas envolvidas na catação em ruas e lixões (MNCR, 2013). Buscando-se amenizar esta sofrida situação observada em vários lixões do país, foi criado, em 1998, o Fórum Nacional Lixo e Cidadania (FNLC), por iniciativa do *United Nations Children's Fund* (UNICEF), objetivando-se a erradicação do trabalho de crianças e adolescentes em lixões, o estímulo à inserção social e econômica de catadores em programas de coleta seletiva e a mudança da forma de destinação do lixo no país, eliminando os lixões e adotando aterros sanitários (PEREIRA & TEIXEIRA, 2011). E em 2001 foi realizado pelo Movimento Nacional de Catadores de Materiais Recicláveis (MNCR), em Brasília/DF, o primeiro Congresso Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis, no qual foi elaborado o preâmbulo da Carta de Brasília, com proposições aos governantes para instituir melhorias nas políticas públicas de gestão de resíduos e a valorização e reconhecimento dos trabalhadores desta área (MNCR, 2001). O documento oficial foi aprovado em 2016, durante o 7º Congresso Brasileiro de Gestão, a partir de um acordo firmado entre a Corregedoria Nacional e as

Corregedorias das unidades do Ministério Público, explicitando premissas voltadas à atuação resolutiva, buscando-se resultados de transformação social (BRASIL, 2017).

A questão do lixo foi também discutida durante a “Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento – Rio 92”, na qual foi assinada por 179 países em 14 de junho de 1992, no Rio de Janeiro, a “Agenda 21”, definida como um instrumento de planejamento participativo para a construção de sociedades sustentáveis, em diferentes bases geográficas, que concilia métodos de proteção ambiental, justiça social e eficiência econômica. Este importante documento refere que a problemática do lixo remete a uma ampla e necessária discussão sobre saúde coletiva, discussão essa que considera a estimativa de que, no âmbito mundial, cerca de 5,2 bilhões de indivíduos, dentre eles quatro milhões de crianças, morrem anualmente em consequência de doenças relacionadas ao lixo (BRASIL, 2018).

A produção de lixo tem, portanto, relação direta com a saúde pública, visto que tais resíduos ocupam um papel estratégico na estrutura epidemiológica de uma comunidade, servindo como um excelente local de proliferação e habitat de vetores responsáveis pela transmissão de diversas doenças, além de contaminar o ar, as águas superficiais e profundas e o solo (MIRANDA, 1995; SIQUEIRA & MORAES, 2009). Toneladas de lixo são diariamente coletadas nas áreas urbanas e rurais das cidades, sendo transportadas às áreas de destino final e geralmente lançadas indiscriminadamente a céu aberto, sem qualquer forma de tratamento, poluindo as águas através de fenômenos naturais como a lixiviação, percolação, arrastamento e solução, dentre outros, e o ar através de efluentes gasosos e particulados emitidos na atmosfera a partir de atividades humanas (SIQUEIRA & MORAES, 2009).

O problema é ainda mais grave nos chamados países subdesenvolvidos, nos quais o crescimento populacional é mais acelerado de que nas nações desenvolvidas, e as populações mais vulneráveis economicamente tendem a se concentrar nas regiões metropolitanas, corroborando com a produção do lixo e sendo obrigadas a conviver em meio a ele. Não se pode, entretanto, generalizar esta questão, visto que isto pode remeter à culpabilização estrita dos indivíduos, quando, na verdade, envolve falhas também das políticas públicas. A capital do Paraná, Curitiba, por exemplo, foi pioneira na implantação da coleta seletiva do lixo visando à reciclagem de materiais (ALENCAR, 2005), sendo considerada internacionalmente como modelo neste âmbito. Todavia, a cidade também apresenta problemas neste quesito, devendo-se levar em conta a responsabilidade conjunta da população e do poder público.

A resolução desta importante questão pelos órgãos governamentais é muitas vezes coibida pelos altos custos de implantação e manutenção dos sistemas de coleta e tratamento do lixo. As escolas, difusoras de conhecimentos e formadoras de opiniões, têm a missão de abordar o tema e apresentar meios simples e práticos para o enfrentamento do problema, desenvolvendo atividades que propiciem a reflexão, participação social e, sobretudo, fomentem o comprometimento pessoal e a mudança de atitudes para que se possa proteger a natureza. Desta forma, as instituições de ensino cumprem um papel fundamental, ao lado das empresas e da mídia, de formar cidadãos críticos que contribuam com a causa e incentivem outras pessoas a fazer o mesmo (ALENCAR, 2005).

2.3.4.1.8. Água acumulada

Foram registrados cinco casos de água acumulada no território Ana Nery e oito no território Weissópolis, representando, respectivamente, 1,2% e 3,9% do total de domicílios visitados. Focos acúmulo de água podem ter como origem os terrenos acidentados, as falhas nos sistemas de drenagem urbana ou a própria ação antrópica, com despejo irregular ou manutenção doméstica de materiais diversos que podem abrigá-los, tais como frascos e copos, sacos plásticos, pneus e até entulhos.

Os sistemas de drenagem urbana são métodos preventivos de desordens ambientais como inundações, empoçamentos erosões e assoreamentos, sobretudo nas áreas mais baixas ou ribeirinhas de cursos naturais de água. Nas áreas urbanas tais problemas são agravados pela desordenada urbanização e falta de políticas de desenvolvimento urbano. A adequação dos sistemas de drenagem reduz gastos com manutenção das vias públicas e proporciona o escoamento rápido das águas superficiais, reduzindo os problemas do trânsito e da mobilidade urbana decorrentes das precipitações e eliminando a presença de águas estagnadas e lamaçais, provendo segurança e conforto à população (RIBEIRO & ROOKE, 2010).

A água pode servir como meio de veiculação de patógenos e causar diversos tipos de doenças infecciosas seja pela ingestão direta, ingestão de alimentos, uso na higiene pessoal e no lazer, na agricultura e na indústria (RIBEIRO & ROOKE, 2010). Exemplos delas são as hepatites A, E e F, poliomielite, cólera, disenteria bacilar, amebíase, diarreia por *Escherichia coli* e rotavírus, febre tifoide, giardíase, ascaridíase, doenças infecciosas da pele e dos olhos, febre transmitida por pulgas, leptospirose e esquistossomose (MARA & FEACHEM, 1999). A água também representa um dos “A” que atraem animais sinantrópicos, sendo particularmente um meio propício para a proliferação de insetos de diversas espécies (ZORZENON, 2002).

Embora o número de focos de água acumulada observados durante as visitas domiciliares tenha sido baixo, sabe-se que este é um dos grandes problemas enfrentados na saúde pública, diretamente associado ao desenvolvimento de insetos vetores das arboviroses (CHIARAVALLOTI et al., 2002; LIMA-CAMARA, 2016). As atividades desenvolvidas pelos ACE contribuem sobremaneira com o controle destes criadouros, entretanto, o envolvimento da comunidade é fundamental. Questões como o descrédito da população nos serviços de saúde e a falta de interesse em colaborar interferem na adesão das pessoas aos programas de prevenção (CHIARAVALLOTI et al., 2002), dificultando o trabalho dos órgãos de saúde no controle das endemias e prejudicando toda a população.

Foram realizadas análises para verificar a possibilidade de existirem correlações estatísticas entre as diferentes variáveis observadas. Utilizando-se intervalos de 95% de confiança, a grande maioria das correlações apresentou valores de P superiores a 5%, evidenciando não existir correspondência estatística entre as variáveis comparadas. Houve evidências para assumir a existência de associação significativa ($P < 0,05$) no território Ana Nery entre a ocorrência de vestígios de roedores e de acúmulo de entulho, e entre a presença de vestígios de carrapatos e de ambiente sujo, descritas na TABELA 5. No território Weissópolis, entre a ocorrência de vestígios de pulgas e de ambientes sujos, apresentados na TABELA 6.

TABELA 5. Correlações estatísticas entre coocorrências de diferentes fatores de vulnerabilidade ambiental no território Ana Nery. Pinhais, PR, Brasil.

Fatores de vulnerabilidade ambiental ANA NERY	Roedores			Pulgas			Carrapatos		
	Sim	Não	P-valor	Sim	Não	P-valor	Sim	Não	P-valor
Terreno baldio									
Sim	24	34	0,1271	5	53	0,2900	11	47	0,8465
Não	117	257		51	323		67	307	
Casa abandonada									
Sim	4	4	0,2905	1	7	0,9686	2	6	0,6062
Não	137	287		55	369		76	348	
Acúmulo de lixo									
Sim	3	2	0,1894	0	5	0,3854	1	4	0,9095
Não	138	289		56	371		77	350	
Acúmulo de entulho									
Sim	19	20	0,0247*	6	33	0,6369	11	28	0,0840*
Não	122	271		50	343		67	326	
Ambiente Sujo									
Sim	3	3	0,3611	1	5	0,7856	3	3	0,0405*
Não	138	288		55	371		75	351	

Fonte: A autora (2019). Nota: *P<0,05.

TABELA 6. Correlações estatísticas entre coocorrências de diferentes fatores de vulnerabilidade ambiental no território Weissópolis. Pinhais, PR, Brasil.

Fatores de vulnerabilidade ambiental WEISSÓPOLIS	Roedores			Pulgas			Carrapatos		
	Sim	Não	P-valor	Sim	Não	P-valor	Sim	Não	P-valor
Terreno baldio									
Sim	4	9	0,3701	2	11	0,5267	0	13	0,3131
Não	39	153		19	173		14	178	
Casa abandonada									
Sim	0	2	0,4641	1	1	0,0624	0	2	0,7004
Não	43	160		20	183		14	189	
Acúmulo de lixo									
Sim	4	12	0,6805	3	13	0,2426	1	15	0,9238
Não	39	150		18	171		13	176	
Acúmulo de entulho									
Sim	6	14	0,2967	4	16	0,1299	0	20	0,2025
Não	37	148		17	168		14	171	
Ambiente Sujo									
Sim	3	5	0,2416	3	5	0,0095*	1	7	0,5166
Não	40	157		18	179		13	184	

Fonte: A autora (2019). Nota: *P<0,05.

A coocorrência de diferentes fatores de vulnerabilidade ambiental num mesmo território pode ser explicada pela hipótese da predisposição. Acúmulos de entulho predispoem a proliferação de roedores, da mesma forma que ambientes sujos tornam-se propícios à reprodução de artrópodes ectoparasitas.

Foi verificada, por fim, a possibilidade de existência de correlação entre o número de moradores e a ocorrência de problemas ambientais envolvendo animais sinantrópicos. Os resultados apontaram, no território Ana Nery, evidências de associação significativa entre o número de moradores e a presença de roedores no número total de domicílios visitados, a presença de roedores considerando-se apenas as casas em que havia cães como animais de estimação, e entre o número de moradores e a presença de acúmulo de entulho. Já no

território Weissópolis, houve evidências de associação significativa entre o número de moradores e a presença de carrapatos. Todos os dados podem ser observados na TABELA 7.

TABELA 7. Correlações entre o número de moradores nos domicílios visitados e a ocorrência de problemas ambientais envolvendo animais sinantrópicos. Pinhais, PR, Brasil.

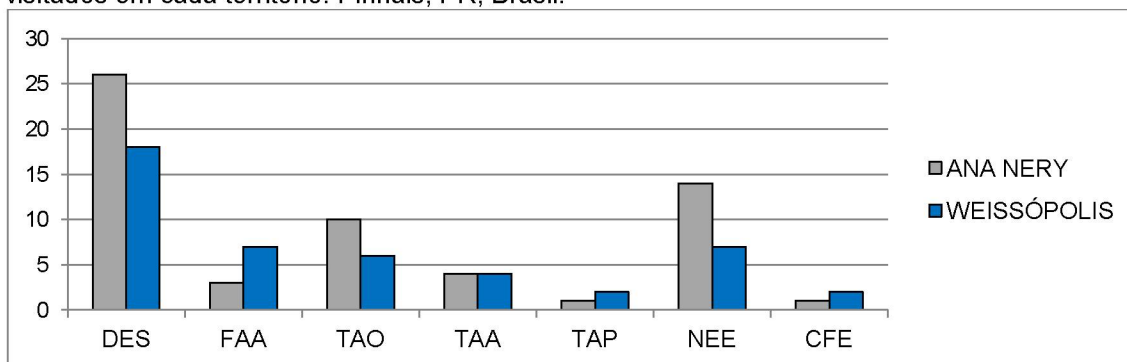
Variáveis	NÚMERO DE MORADORES									
	ANA NERY					WEISSÓPOLIS				
	SIM		NÃO		P-valor	SIM		NÃO		P-valor
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Problemas ambientais										
Roedores ^b	141	32,6	291	67,4	0,0274*	43	21,0	162	79,0	0,5344
Roedores ^a	109	33,9	213	66,1	0,0372*	35	22,9	118	77,1	0,5807
Pulgas	39	9,0	393	91,0	0,5098	21	10,2	184	89,8	0,6838
Carrapatos	78	18,1	354	81,9	0,1422	14	6,8	191	93,2	0,0499*
Acúmulo de entulho	39	9,0	393	91,0	0,0183*	20	9,8	185	90,2	0,8631

Fonte: A autora (2019). Nota: *P<0,05.

2.3.4.2. Fatores de vulnerabilidade econômica e social

Embora os condicionantes ambientais possam estar relacionados direta ou indiretamente à existência de vulnerabilidade social, nesse item serão destacados o desemprego, a evasão escolar infantil, a falta de alimentos e a presença de moradores com necessidades especiais. Durante o desenvolvimento do estudo, com base nas observações a cada visita domiciliar e nos relatos dos ACS, as médicas veterinárias registraram diferentes indícios de fatores de vulnerabilidade em ambos os territórios (FIGURA 12).

FIGURA 12 – Fatores de vulnerabilidade econômica e social observados nos domicílios visitados em cada território. Pinhais, PR, Brasil.



Fonte: A autora (2019). Nota: DES: desemprego; FAA: falta de alimento; TAO: transtorno de acumulação de objetos; TAA: transtorno de acumulação de animais; TAP: transtorno de acumulação de plantas; NEE: necessidades especiais; e CFE: criança fora da escola.

Foi realizada análise estatística para verificar a existência de correlação entre fatores de vulnerabilidades e o número de moradores por domicílio visitado em ambos os territórios, suposição rejeitada devido aos valores encontrados ($P>0,05$). Por conta disso, foi realizada nova análise, desta vez considerando apenas a subvariável “desemprego” para verificar se apresentaria significância (TABELA 8). O resultado demonstrou que houve evidências

⁵ Vestígios de roedores no número total de domicílios

⁶ Vestígios de roedores somente nas casas com cães.

suficientes para assumir que existe associação significativa entre o número de moradores e a ocorrência de desemprego no território Ana Nery ($P < 0,05$). Uma hipótese para justificar este achado é o grande número de moradores na região. A mesma análise foi realizada comparando-se a presença de fatores de vulnerabilidade ao número de animais nos domicílios visitados. O resultado forneceu evidências para assumir que não houve associação significativa ($P > 0,05$) (TABELA 9).

TABELA 8. Correlações entre o número de moradores nos domicílios visitados e a ocorrência de fatores de vulnerabilidade em geral e o fator desemprego. Pinhais, PR, Brasil.

Variável	NÚMERO DE MORADORES									
	ANA NERY					WEISSÓPOLIS				
	SIM		NÃO		P-valor	SIM		NÃO		P-valor
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Vulnerabilidades										
Geral	64	14,8	368	85,2	0,7725	55	26,8	150	73,2	0,2182
Desemprego	18	5,6	304	94,4	0,0163*	18	8,8	187	91,2	0,9915

Fonte: A autora (2019). Nota: * $P < 0,05$.

TABELA 9. Correlações entre o número de animais de estimação nos domicílios visitados e a ocorrência de fatores de vulnerabilidade em geral e o fator desemprego. Pinhais, PR, Brasil.

Variável	NÚMERO DE ANIMAIS									
	ANA NERY					WEISSÓPOLIS				
	SIM		NÃO		P-valor	SIM		NÃO		P-valor
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Vulnerabilidades										
Geral	64	14,8	368	85,2	0,6044	55	26,8	150	73,2	0,4001
Desemprego	26	6,0	406	94,0	0,3876	18	8,8	187	91,2	0,9915

Fonte: A autora (2019). Nota: * $P < 0,05$.

Cada fator de vulnerabilidade afeta a população de modo diferente, podendo gerar desde restrições financeiras a prejuízos à saúde e ao desenvolvimento intelectual. Os determinantes sociais da saúde têm relação direta com a estrutura econômica, social e cultural, e também com os comportamentos individuais e as condições de vida e de trabalho, incluindo a qualidade das habitações e do saneamento (OMS, 2006; OMS, 2007; VILLAR, 2007; CARVALHO & BUSS, 2008).

Embora tenham sobressaído os domicílios nos quais não foram observados fatores de vulnerabilidade, a ocorrência de qualquer um deles tem grande relevância no contexto social. As condições de vida das famílias residentes em cada território mostraram-se bastante variáveis, incluindo desde moradias insalubres, construídas em madeira (por vezes de qualidade e acabamento muito ruins) e com piso de terra, sem revestimento algum, até casas de alvenaria de mais de um pavimento, de arquitetura elaborada. A coexistência destas famílias soava harmônica, apesar das diferenças socioeconômicas.

A habitação é o foco de convivência do indivíduo com sua família, um local de constituição e solidificação da vida e da saúde (COHEN et al., 2007). Este ponto de vista sociológico e cultural leva também em conta o significado que os moradores atribuem à residência, seus estilos de vida e condutas de risco e os propósitos para os quais utilizam este

espaço, que deve ser habitável (COHEN et al., 2004). Além disso, a moradia constitui uma necessidade trivial a qualquer pessoa, sobrepujando o campo meramente econômico. Sob a ótica da saúde devem ser consideradas as condições físicas do espaço, levando em conta os materiais utilizados na sua construção e o acesso à eletricidade, pensando-se na propensão ao acometimento por doenças, e as condições de saneamento, abrangendo, sobretudo, os serviços de abastecimento e tratamento da água, o esgotamento sanitário e a coleta de lixo, sopesados como serviços essenciais ao bom funcionamento dos domicílios (IBGE, 2007). Além disso, uma habitação saudável está relacionada também à qualidade do ambiente ao redor e das inter-relações, devendo apresentar condições mínimas para fornecer saúde, bem-estar e dignidade a seus membros (COHEN et al., 2004; COHEN et al., 2007).

Certos atributos do domicílio e de seu entorno são importantes indicadores das condições socioeconômicas da população e importantes determinantes de sua condição de saúde (BRASIL, 2006), e já foi comprovado que ações de melhoria dos sistemas de água e de esgoto proporcionam mais benefícios à saúde da população, em longo prazo, de que os provenientes de intervenções médicas (SOARES, BERNARDES & CORDEIRO NETTO, 2002).

São diversos os avanços já alcançados na constituição de abordagens mais amplas da saúde e seus determinantes sociais (VILLAR, 2007). Apesar disso, ainda perduram os desafios cotidianos para sobrepujar os obstáculos, o que requer o envolvimento de diferentes esferas dos governos e da sociedade civil (MAGALHÃES et al., 2013). Este fato reforça a importância da ampliação das visitas domiciliares realizadas pelos ACS para reconhecer as circunstâncias de vida de cada família e elaborar planos de ação eficazes (AZEREDO et al., 2007).

2.3.4.2.1. Desemprego

Foram registrados 26 casos de desemprego no território Ana Nery e 18 no território Weissópolis, representando 6,0% e 8,8% do total de famílias visitadas em cada área, respectivamente. O desemprego é caracterizado pela situação na qual a pessoa não exerce nenhuma ocupação, desconsiderando-se períodos de férias, licenças ou afastamentos temporários. A realização de tarefas domésticas é considerada ocupação (trabalho doméstico), mesmo que não seja remunerado (COELHO & SAVASSI, 2012). Trata-se de uma expressão das desigualdades sociais geradas pelo conflito entre capital e trabalho, que provoca tensão entre os detentores dos meios de produção e os que vendem a sua força de trabalho (OLIVEIRA & ESPÍRITO SANTO, 2013).

A sociedade tem sobre si uma relação de poder exercida pelo Estado, dominada por interesses econômicos e políticos em que prevalece a economia capitalista. Propostas de governo neoliberais culminam em desemprego em massa, corte de verbas sociais e privatização dos órgãos públicos, aumentando a desigualdade social e gerando importantes reflexos na questão social (OLIVEIRA & ESPÍRITO SANTO, 2013), agravados pelo descumprimento do Estado em suas responsabilidades sociais (IAMAMOTO, 2006).

Estudos anteriores apontaram que o desemprego é um importante fator de vulnerabilidade, visto que a saúde dos indivíduos tem relação direta com os determinantes

sociais de saúde (NAKATA et al., 2013), e pode estar relacionado a outros condicionantes sociais, como o uso de drogas (GUIMARÃES et al., 2005; NAKATA et al., 2013), que desencadeiam outros agravos à saúde, além de gerar insegurança e estresse (NAKATA et al., 2013), demonstrando a inter-relação entre elementos sociais e de saúde (OMS, 2006) e ressaltando a importância de uma abordagem holística no cuidado irrestrito e contínuo prestado pelos profissionais da atenção básica (NAKATA et al., 2013).

Neste estudo não foi realizado o levantamento do número de famílias beneficiárias de programas sociais. Entretanto, sabe-se que estes podem representar a única fonte de renda segura de algumas famílias, tendo em vista a grande informalidade da situação de trabalho e a baixa remuneração nas atividades exercidas, que reforçam a insegurança e a vulnerabilidade (MAGALHÃES et al., 2013).

2.3.4.2.2. Falta de alimento

Foram registrados três casos de histórico de falta de alimento no território Ana Nery e sete no território Weissópolis, representando 0,7% e 3,4% do total de famílias visitadas em cada área, respectivamente, todos devidamente certificados pelos ACS, que auxiliavam estas famílias na obtenção de alimento via doações e auxílio do Centro de Referência e Assistência Social (CRAS) de cada território.

Em nosso país, a gravidade dos quadros de pobreza e miséria constitui permanente preocupação no campo social, no qual há defasagem de políticas públicas. As famílias pobres, por elas desassistidas, sofrem com a fome e a miséria, e a instabilidade em que vivem as torna vulneráveis, impossibilitadas de prover as necessidades básicas de seus membros, e tudo isso desgasta seus laços de afeto e solidariedade (GOMES & PEREIRA, 2005).

O Brasil não é um país pobre, mas uma nação extremamente injusta e desigual, com elevado número de pessoas pobres, na qual a origem da pobreza é a desigualdade, que deve ser combatida (BARROS, HENRIQUES & MENDONÇA, 2000). Importante ressaltar que a desigualdade e a má distribuição de renda destroem toda a sociedade, e não somente as famílias, tornando-se imperativo fornecer apoio às famílias vulneráveis por meio de políticas sociais bem articuladas, visando à redução da pobreza, o acesso à educação, saúde, alimentação e moradia e à proteção integral de crianças e adolescentes (GOMES & PEREIRA, 2005). No Paraná existe o programa estadual Leite das Crianças (PLC), que tem por objetivo auxiliar no combate à desnutrição infantil. A iniciativa beneficia crianças de zero a 36 meses, oriundas de famílias em situação de vulnerabilidade, com renda per capita inferior a meio salário mínimo, através do fornecimento diário de um litro de leite a cada criança cadastrada. O acompanhamento mensal do peso de cada criança é utilizado como meio de avaliação da condição nutricional (PARANÁ, 2015).

Foram consultados dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricionais (SISVAN) referentes à condição nutricional de crianças de 0 a 5 anos no mês de dezembro de 2018, apontando os índices de crianças classificadas nas categorias de pesos muito baixo, baixo, adequado ou eutrófico e elevado para cada idade (BRASIL, 2019). Foram compilados os dados

referentes à situação nacional, estadual, região sul brasileira, municipal e das duas USF trabalhadas (TABELA 10). Os índices demonstram que nas USF Ana Nery e Weissópolis a grande maioria das crianças de zero a cinco anos apresentava peso ideal para a idade no período considerado. Foram registrados apenas um caso de baixo peso, na USF Ana Nery, e oito de sobrepeso na USF Weissópolis. No município de Pinhais não houve registro de nenhum caso de peso muito baixo para a idade. Os apontadores do Estado e do Brasil, entretanto, demonstram que mesmo com o acesso à Atenção Básica, muitas crianças ainda se encontram em condição nutricional inadequada. O Paraná abrange 55,5% do total de crianças com peso considerado muito baixo para a idade na região sul do país, e 8,2% do total nacional, índices bastante relevantes.

TABELA 10. Classificação da condição nutricional de crianças de zero a cinco anos de idade, de acordo com o peso, cobertas pelas USF do presente estudo, e os mesmos dados oriundos do Município de Pinhais, do Estado do Paraná, da região Sul brasileira e do Brasil.

Local	CLASSIFICAÇÃO DO PESO PARA A IDADE								
	Muito baixo		Baixo		Adequado		Elevado		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
USF Ana Nery	0	0,0	1	1,28	77	98,72	0	0,0	78
USF Weissópolis	0	0,0	0	0,0	104	92,86	8	7,14	112
Município Pinhais	0	0,0	5	0,68	688	93,48	43	5,84	736
Estado Paraná	96	0,43	351	1,57	20.246	90,55	1.167	7,46	22.360
Região Sul	173	0,48	606	1,7	32.269	90,44	2.632	7,38	35.680
Brasil	1.171	0,9	2.930	2,24	117.167	89,72	9.327	7,14	130.595

Fonte: SISVAN (2019).

2.3.4.2.3. Transtornos de acumulação

O transtorno de acumulação (TA) caracteriza-se por um distúrbio comportamental de aquisição compulsiva, desorganização e dificuldade em desfazer-se das posses. Tal desordem ainda não está contemplada, todavia, na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (LOZANO, 2014). *Disposofobia* é termo genérico utilizado para designar tal condição, entretanto, expressões como *Colecionismo*, *Hoarding* e *Síndrome de Collyer* também são utilizadas no universo acadêmico nacional e internacional (ALMEIDA & PONTES, 2014; FROST, PATRONEK & ROSENFELD, 2011). Além disso, existem as denominações *Síndrome de Diógenes*, que distingue os acumuladores idosos (ALMEIDA, 2014), e *Síndrome de Noé*, que se refere ao acúmulo específico de animais, normalmente cães e gatos (MORÁN, 2014).

Dentre os casos observados figuravam acúmulos de animais, objetos e/ou plantas, havendo apenas dois casos de diferentes tipos concomitantes de TA, um em cada território, envolvendo o acúmulo de objetos e animais no Ana Nery e de objetos e plantas no Weissópolis. Foram registrados quinze casos de acumuladores no território Ana Nery, sendo quatro (0,9%) envolvendo animais, dez (2,3%) envolvendo objetos e um (0,2%) com plantas. Em 417 (96,5%) dos 432 domicílios não foram registrados indícios de acumulação. No território Weissópolis totalizaram doze, sendo que quatro (2,0%) envolviam animais, seis (2,9%) objetos,

e em dois casos (1,0%) acumulava-se plantas. E dos 205 domicílios, em 193 (94,1%) deles não havia indícios de acumulação.

Esta estatística pode até ser parecer amena se comparada aos índices levantados na capital Curitiba, vizinha do município do estudo, que demonstraram 113 casos de acumulação entre setembro de 2013 e abril de 2015 (CUNHA et al., 2017). Entretanto, por se tratar de um distúrbio comportamental, nenhum caso deve ser negligenciado. Também é importante ressaltar que muitas pessoas têm como fonte de renda a coleta, separação e venda de materiais recicláveis, e o estresse ocupacional pode servir, aliado a outros fatores, como gatilho para desencadear o surgimento de tais desordens psicológicas (PERTUSA et al., 2010; SCHMIDT, DELLA MÉA & WAGNER, 2014).

O acúmulo compulsivo de objetos ou animais é uma condição complexa e multifatorial que interfere em todas as esferas da vida do indivíduo, constituindo um relevante fator de estresse e de desarmonia social (FROST, PATRONEK & ROSENFELD, 2011; ALMEIDA & PONTES, 2014; LOZANO et al., 2014; MORÁN, 2014). É comum constatar que pessoas que acumulam animais acreditam que os protegem, mesmo os mantendo em condições insalubres. Em casos descritos na literatura verifica-se que a incapacidade de prestar os devidos cuidados aos animais gera sofrimento ao portador do transtorno (FROST, PATRONEK & ROSENFELD, 2011; ALMEIDA & PONTES, 2014; SCHMIDT, DELLA MÉA & WAGNER, 2014), e que quadros extremos podem se tornar casos de abuso e crueldade contra os animais, desencadeando processos penais e intervenções de saúde (PATRONEK, 2008; CUNHA et al., 2017).

Os acumuladores, movidos pelo sentimento de compaixão pelos animais em situação de abandono ou maus-tratos, são incapazes de perceber os efeitos negativos que tal comportamento produz em sua vida e na dos animais, e tendem a continuar nutrindo a necessidade de cuidar e de controlar (PERTUSA et al., 2010). O grau de bem-estar em animais (BEA) pode ser mensurado pelo seu comportamento e condições de saúde e do ambiente em que são mantidos, e atitudes como evitar ou esquivar-se de abordagens humanas configuram baixo grau de BEA (BROOM & MOLENTO, 2004), tal como observado durante as visitas. A importância de melhoria dos níveis de BEA e os cuidados com o meio ambiente estão previstos na Lei nº 9.605, sancionada em 1998 e conhecida como a Lei dos Crimes Ambientais (BRASIL, 1998a). Muitos tutores, portanto, infringem a referida Lei, mesmo alegando desconhecimento deste fato. Estima-se que a falta de espaço em abrigos, geralmente superlotados, sejam uma particularidade nos casos de acumulação de animais nos grandes centros urbanos do Brasil, como já foi observado na região de Curitiba (CUNHA et al., 2017).

Tendo em vista a necessidade de fornecer amparo aos portadores deste tipo de transtorno, foi recentemente oficializado no município de Pinhais/PR, local do estudo, o Decreto nº 11/2019, que Institui a Política Municipal de Atenção às Pessoas em Situação de acumulação e cria o Comitê de Atenção às Pessoas em Situação de Acumulação (CAPSA), em cujo Art. 4º constam, como objetivos desta Política:

- I. Garantir a atenção integral à saúde das pessoas em situação de acumulação, objetivando o seu bem-estar físico, mental e social e a adoção de medidas de prevenção de doenças e proteção da saúde individual e coletiva;

- II. Fortalecer a articulação das ações de vigilância e assistência à saúde e contribuir para a organização e qualificação dos serviços da rede de atenção à saúde, objetivando a integralidade do cuidado, bem como o apoio matricial para a gestão do trabalho em saúde;
- III. Estabelecer as medidas de intervenção necessárias e os órgãos competentes pela sua execução no atendimento às pessoas em situação de acumulação, visando ampliar a capacidade de intervenção e resolutividade, mediante uma atuação interdisciplinar, intersetorial e integrada;
- IV. Garantir a formação e educação permanente de profissionais e gestores para planejamento e execução das ações e serviços necessários ao atendimento às pessoas em situação de acumulação;
- V. Promover o engajamento da família e da comunidade próxima no apoio à pessoa em situação de acumulação, visando o fortalecimento de seus vínculos sociais e comunitários, bem como a adoção das medidas necessárias no âmbito domiciliar a fim de intervir nas condições e condicionantes de risco à saúde individual e coletiva identificados nesse ambiente; e
- VI. Proporcionar o acesso das pessoas em situação de acumulação e vulnerabilidade social aos benefícios assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica.

Este tipo de Política de Atenção representa o respeito à pessoa, e tem como princípios e diretrizes a universalidade, a acessibilidade, o fortalecimento do vínculo familiar e comunitário, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a territorialidade (MATTOS, 2007; PINHAIS, 2019a).

A Atenção Domiciliar é um recurso da ESF que pode viabilizar processos de atenção aos indivíduos portadores do agravo (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b). O profissional da ESF, ao se deparar com estes casos, deve estar preparado para realizar uma abordagem fundamentada na identificação, proteção à saúde e articulação de rede de apoio (RAFAEL & MORAES, 2018). Nos casos de acumulação de animais, por exemplo, a suspeita pode ser levantada mediante as percepções visual, olfativa e auditiva, bem como pelo número exacerbado de animais em determinado local (MATAIX-COLS et al., 2010). Vários acumuladores recusam receber visitas domiciliares e, com frequência, não permitem acesso ao ambiente. A predisposição do profissional em apontar os danos causados por estes indivíduos propicia o distanciamento e a recusa em receber assistência e cuidados (BARRERO, 2017).

O caráter multifatorial do TA e o impacto por ele produzido demandam a realização de ações multidisciplinares nos domicílios e territórios, características da ESF. A falta de conhecimento sobre a patologia, contudo, gera incertezas e desafios para os profissionais de saúde, tornando-se imprescindível instituir o aprofundamento dos estudos sobre o fenômeno e estimular a produção científica acerca do tema. Complementarmente, a aproximação e formação de vínculos com os indivíduos portadores do TA é um dos caminhos para instituir

procedimentos eficientes e efetivos. Além disso, este amparo pode auxiliar na compreensão das dinâmicas que permeiam tal comportamento (RAFAEL & MORAES, 2018).

Neste estudo os transtornos de acumulação foram analisados de forma separada. Sugere-se, porém, que em estudos futuros sejam incorporados aos demais fatores de vulnerabilidades, tendo em vista o fato de se tratar de uma patologia.

2.3.4.2.4. Necessidades especiais

As médicas veterinárias detectaram 14 casos de moradores com necessidades especiais no território Ana Nery e sete no território Weissópolis, representando 3,2% e 3,4% do total de famílias visitadas em cada área, respectivamente. O município de Pinhais apresentava em 2010 uma população censitária de 27.241 pessoas com ao menos um tipo de deficiência, dentre as quais visual, auditiva, física e/ou motora e mental e/ou intelectual (IBGE, 2010).

Consta no Relatório Mundial sobre Deficiência da OMS a estimativa de que cerca de 15% da população mundial possua algum tipo de deficiência (OMS, 2012). No Brasil, o último Censo Demográfico registrou em torno de 45 milhões de pessoas portadoras de algum tipo de deficiência, motora, auditiva, visual ou intelectual, representando aproximadamente 23,91% da população (IBGE, 2010). Trata-se de um índice elevado e muito superior ao mundial, que ressalta a importância da edificação de políticas públicas de inclusão social, promoção e cuidado em saúde das pessoas com deficiência (PFLUCK, 2017).

A Política Nacional de Humanização (PNH) tem como objetivo reorganizar os serviços de saúde por meio do cuidado humanizado com o usuário, baseando-se na troca de saberes e na corresponsabilização de todos os envolvidos com o acolhimento, a clínica ampliada, o plano terapêutico singular, a ambiência e o apoio matricial, desafiando os profissionais a inovarem em seus processos de trabalho (BRASIL, 2004a; JUNGES & BARBIANI, 2012).

O surgimento de legislação visando à proteção e garantia dos direitos da Pessoa com Deficiência no Brasil ainda é recente. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, mais conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, foi promulgada em 2015 e se tornou um marco na garantia da cidadania e da inclusão social das pessoas com deficiência (BRASIL, 2015) e um instrumento base para formulação de políticas públicas (PFLUCK, 2017).

Além disso, a Portaria nº 793 do Ministério da Saúde do Brasil, publicada em 24 de abril de 2012, instituiu a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS, advertindo que a Atenção Básica deve priorizar ações para realizar a detecção precoce de deficiências, acompanhar recém-nascidos de alto risco até dois anos, promover projetos de educação em saúde para prevenção de deficiências, criar protocolos clínicos e de apoio aos profissionais, agenciar articulação com recursos da comunidade para inclusão social e prover atenção domiciliar aos portadores de deficiência (BRASIL, 2012a).

Embora ainda sejam grandes os desafios referentes à melhoria das ações de saúde e ampliação do acesso e da inclusão social na rotina das pessoas com deficiência, há diversos

profissionais com competência e criatividade engajados no cuidado da saúde desses indivíduos, buscando suplantar a deficiência e garantir sua emancipação (PFLUCK, 2017).

2.3.4.2.5. Criança fora da escola

Este indicador foi escolhido pensando-se na importância social da educação, visto que mesmo tendo direito a uma educação pública, muitas crianças e adolescentes não frequentam a escola no país, tornando-se parte das estatísticas de adultos subempregados e vulneráveis economicamente. Foram registrados três casos de criança fora da escola, um no território Ana Nery e dois no território Weissópolis, representando 0,2% e 1,0% do total de famílias visitadas em cada área, respectivamente, todos confirmados pelos ACS com base nas visitas domiciliares realizadas nos períodos de turno e contraturno escolar, e em ambos as crianças serem encontradas em casa. Embora o número pareça pequeno, não deve ser considerado aceitável, pois todas as crianças e jovens devem ter acesso à educação.

O ensino no Brasil se tornou obrigatório desde 2016 para a faixa etária dos quatro aos 17 anos, ficando os pais responsáveis por matricular seus filhos na educação infantil a partir dos quatro anos e mantê-los estudando até os 17. Os municípios e os Estados tiveram até o ano de 2016 para garantir a inclusão dessas crianças na escola pública. Anteriormente, os pais eram obrigados a colocar as crianças na escola a somente a partir dos seis anos. A alteração foi feita na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional por meio da Lei nº 12.796, de 04 de abril de 2013, publicada no Diário Oficial da União e que divide a educação em três etapas: educação infantil, ensino fundamental e ensino médio (BRASIL, 2013). Consta na referida Lei que a educação infantil é a primeira etapa da educação básica e tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança de quatro a cinco anos de idade, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade. Antes da mudança na Constituição, o ensino fundamental era a única fase escolar obrigatória no país. Dados do último censo do IBGE indicaram que 1.154.572 crianças de quatro e cinco anos ainda estavam fora da escola. Apesar do enorme contingente ainda excluído, a matrícula no ensino infantil avançou significativamente em uma década, visto que no ano 2000 apenas 51,4% das crianças desta faixa etária estudavam, saltando para 80,1% em 2010 (IBGE, 2010).

Uma das causas da evasão escolar envolve fatores de vulnerabilidade econômicos e sociais, que leva os jovens a pararem de estudar para ajudar no orçamento familiar. Tal situação, por vezes considerada temporária, pode se não ser corrigida, e com a maior permanência destes adolescentes na rua, seu retorno ao convívio sócio-familiar fica cada vez mais distante. A família é considerada uma unidade protetora indispensável aos seus componentes pelo fato de propiciar aportes afetivo, material e educacional, necessários ao desenvolvimento e bem-estar de cada integrante (GOMES & PEREIRA, 2005). A legislação afirma ser um dever moral e civil dos pais assegurar o acesso dos filhos à educação (BRASIL, 2013). Todavia, esta é uma questão bastante ampla e complexa, pois depende também das políticas públicas.

2.3.4.3. Outros fatores de vulnerabilidades

Pensando-se no contexto social, outros tipos de fatores de vulnerabilidades também foram contabilizados, tais como a presença de pacientes acamados, deficiência física ou mental, baixas condições de saneamento, subnutrição, dependência química, drogadição, alcoolismo, depressão, baixa renda, analfabetismo, crianças de até seis meses, idosos acima de 70 anos, adolescentes gestantes e puérperas, sinais de violência doméstica contra mulheres, crianças ou idosos, idosos morando sozinhos, doenças degenerativas e doenças crônicas tais como câncer, diabetes, hipo ou hipertensão, hipercolesterolemia, cardiopatias, alergias, asma e bronquite e doenças de caráter zoonótico. Somados, os fatores de vulnerabilidades classificados como *outros* totalizaram respectivamente, 64 (14,8%) e 57 (27,8%) casos nos territórios Ana Nery e Weissópolis. Por outro lado, em 324 (75,0%) e 114 (55,6%) dos territórios Ana Nery e Weissópolis, respectivamente, nenhum fator.

O caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores de 2016, do Ministério da Saúde do Brasil apresenta um indicador que mede a taxa de óbitos de indivíduos de 30 a 69 anos de idade, considerada mortalidade prematura, pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que inclui doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. A diretriz visa à redução e prevenção dos riscos e agravos à saúde da população, considerando-se os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, focando-se na prevenção de DCNT, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável, sendo estipulada a meta de reduzir em 2% a taxa em relação ao ano anterior (BRASIL, 2016a). As quatro principais DCNT citadas foram registradas neste estudo, demonstrando sua abrangência nas populações e a importância dos programas de saúde.

Com relação à violência, durante o presente estudo não foram observados, tampouco mencionados na ocasião das visitas, indícios de violência doméstica em nenhum dos territórios. A detecção desse tipo de vulnerabilidade e da fragilização de vínculos torna-se possível mediante relatos e indicadores observacionais do domicílio e entorno familiar (BARRERO, 2017).

Esta tem sido apontada como uma das principais causas de morte no mundo entre pessoas da faixa etária entre 15 e 44 anos, destacando-se a violência doméstica como maior causa de ferimentos femininos e principal causa de morte de mulheres entre 14 a 44 anos. Tal cenário impulsionou a declaração da violência como um dos principais problemas mundiais de saúde pública durante a 49ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1996. Os acidentes e violências constituem as chamadas causas externas, cujos agravos representam, no Brasil, a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de um a 39 anos (DAHLBERG & KRUG, 2007). Uma pesquisa realizada na cidade de Curitiba descreveu denúncias de maus-tratos contra crianças e adolescentes, dentre os quais figuravam negligência, abandono, abuso sexual, violência física e agressão sem lesão, sendo 48,5% das vítimas do sexo feminino e 51,5% do masculino. Quanto à idade, 33,8% tinham de zero a

quatro anos, 30,8% de cinco a nove, e 35,4% mais de dez anos (WEBER et. al., 2002). Já no município de Pinhais, foram notificados um total de 718 casos de violência doméstica no período de 2009 a 2015, sendo que a faixa etária de dez a 39 anos correspondeu a 54,31% dos casos (PINHAIS, 2016). Todos estes dados demonstram a importância das ações de vigilância em saúde e definição de estratégias de enfrentamento do fenômeno da violência. São muitos os desafios, e a notificação de todos os casos é fundamental para que se possa elucidar o perfil da violência e investir em intervenção e prevenção (VELOSO et. al., 2013).

Sobre as taxas de gestação em adolescentes, foi divulgado em relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), referente ao período entre 2010 e 2015, que o Brasil apresenta taxa de maternidade adolescente de 68,4 bebês a cada mil adolescentes, índice superior à média latino-americana, estimada em 65,5. Outro ponto divulgado no relatório indica que a América Latina é a única região do mundo que apresenta uma tendência crescente de gravidez em adolescentes menores de 15 anos (OPAS, 2016). Foi possível observar durante o estudo que a maternidade em adolescentes não se restringiu às classes sociais menos favorecidas economicamente, e por isso a educação em saúde deve estar aliada a efetivas políticas públicas de enfrentamento destas questões, pois o simples fornecimento de informações não é suficiente para mudar concepções. Foi notório também que as condições de vida das populações dos dois territórios variavam bastante, de sujeitos absolutamente vulneráveis socioeconomicamente, desprovidos de conhecimentos sobre seus direitos e deveres como cidadãos, a outros esclarecidos e comprometidos com o bem-estar do meio ambiente e da comunidade.

As visitas domiciliares realizadas pelos ACS e pelas equipes de Atenção Básica são imprescindíveis para que possa haver melhorias na atenção prestada à população. É através destas visitas que a equipe se informa a respeito das condições de vida e saúde da comunidade e dos recursos de sobrevivência disponíveis. Embora os indivíduos sejam envolvidos nas decisões tomadas pela equipe multiprofissional para enfrentamento dos problemas e agravos identificados, tornando-se, desta forma, corresponsáveis pela própria saúde (MELO et al., 2013), os ACS precisam levar às demandas à Secretaria de Saúde e à própria prefeitura, na busca de providências para as situações evidenciadas.

A existência de fatores de vulnerabilidade econômica e social também foi confrontada com a presença de fatores de vulnerabilidade ambiental nos domicílios visitados. Apenas em dois casos houve evidências para assumir a existência de associação significativa ($P < 0,05$) com os fatores de vulnerabilidade, com a presença de vestígios de roedores no território Ana Nery e de vestígios de carrapatos no território Weissópolis (TABELA 11).

Os fatores de vulnerabilidade econômicos e sociais apresentam relação direta com a ocorrência de fatores de vulnerabilidade ambiental, pois predisõem as pessoas a conviverem em situações de insalubridade. Uma hipótese para explicar os achados seria a carência de políticas públicas que contribuam para amenizar as condições de vulnerabilidade das famílias menos favorecidas economicamente.

TABELA 11. Correlações entre fatores de vulnerabilidade econômica e social e a ocorrência de fatores de vulnerabilidade ambiental. Pinhais, PR, Brasil.

Variáveis	FATORES DE VULNERABILIDADE ECONÔMICA E SOCIAL									
	ANA NERY					WEISSÓPOLIS				
	SIM		NÃO		P-valor	SIM		NÃO		P-valor
	N	%	N	%		N	%	N	%	
FATORES DE VULNERABILIDADE AMBIENTAL										
Roedores										
Sim	28	6,5	36	8,3	0,0400*	10	4,9	45	21,9	0,5519
Não	113	26,2	255	59,0		33	16,1	117	57,1	
Pulgas										
Sim	10	2,3	54	12,5	0,4921	5	2,4	50	24,4	0,7417
Não	46	10,7	322	74,5		16	7,8	134	65,4	
Carrapatos										
Sim	17	3,9	47	10,9	0,0552	2	1,0	53	25,9	0,2725*
Não	61	14,1	307	71,1		12	5,8	138	67,3	

Fonte: A autora (2019). Nota: *P<0,05.

2.3.5. Maus-tratos contra animais

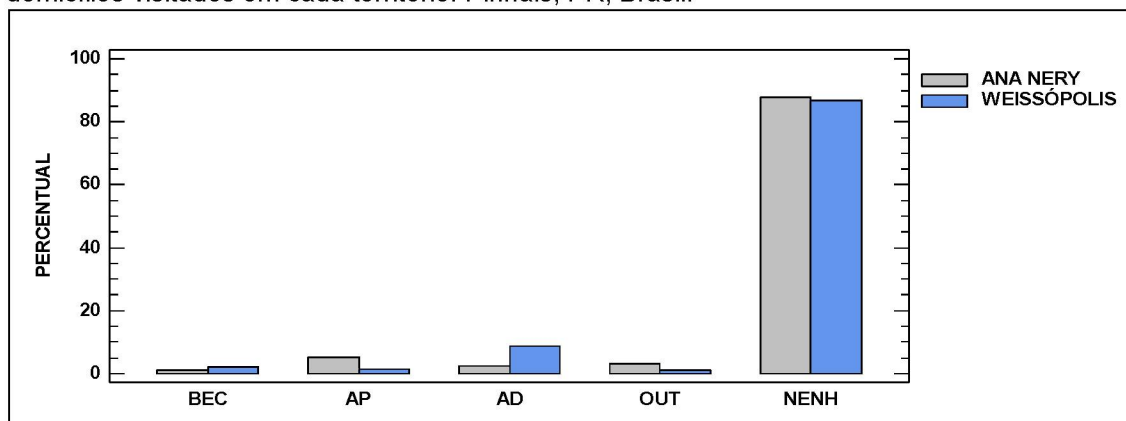
Os maus-tratos podem ser definidos tecnicamente como atos caracterizados por negligência, agressão ou qualquer outro formato de ameaça ao bem-estar de um indivíduo, seja de forma direta ou indireta (MERCK, 2013), dentre os quais podem estar inclusos agressão física, abandono, negligência e tortura (LOCKWOOD, 2000; LOCKWOOD & ARKOW, 2016). Pelo fato de abarcarem diversas situações abrangendo o manejo e o cuidado de animais vivos, os maus-tratos assumem uma relação inversamente proporcional com o grau de bem-estar. Quando um animal apresenta limiares de bem-estar baixo ou muito baixo, sem que o tutor demonstre iniciativas de evitar, solucionar ou pelo menos amenizar suas dificuldades, diz-se que há uma situação de maus-tratos. Na escala de bem-estar, os graus mais baixos estão associados a uma qualidade de vida ruim (HAMMERSCHMIDT, 2017).

A espécie canina foi mais frequentemente envolvida em situação de maus-tratos do que a felina, em concordância com um estudo desenvolvido no município de Curitiba, no qual foram analisadas as denúncias de maus-tratos recebidas pelo poder público (HAMMERSCHMIDT & MOLENTO, 2012). Sabe-se que em ambientes nos quais há animais sofrendo maus-tratos existe a possibilidade de ocorrer, concomitantemente, fatores de vulnerabilidade econômicos e sociais e/ou violência doméstica. Esta associação direta, denominada Teoria do Elo, é descrita na literatura como a relação entre os maus-tratos cometidos contra animais e a violência contra as pessoas (ASCIONE et al., 2007), o que demonstra a importância de se investigar abusos no ambiente doméstico após a identificação de maus-tratos aos animais (MCPHEDRAN, 2009). Estudos apontam que crianças que vivenciam atos de abuso em seu lar são mais propensas a maltratar animais (BALDRY, 2005; HARDESTY et al., 2013). Por sua vez, crianças que o fazem têm maior risco de se tornarem vítimas de abuso na comunidade, escola ou contexto familiar (LOCKWOOD, 2000; BALDRY, 2005; LOCKWOOD & ARKOW, 2016). Outro estudo realizado

no município de Pinhais/PR demonstrou que foram significativas as correlações estatísticas entre as variáveis envolvendo o número total de cães e gatos presentes no domicílio, tutores com ensino superior completo, tutores com baixo grau de escolaridade e tutores com dificuldades financeiras com relação à ocorrência de maus-tratos contra os animais (BARRERO, 2017).

Durante as visitas domiciliares foi observado, nas residências em que existiam animais de estimação, se havia quaisquer indícios de maus-tratos contra os mesmos. Prevaleram os domicílios sem quaisquer indicações deste tipo de crime, previsto pela Lei Federal nº 9.605/98 (BRASIL, 1998a). Foram constatados no território Ana Nery quatro casos (0,9%) de animais com baixo escore corporal, 23 (5,3%) mantidos presos em espaços muito pequenos ou atrelados a guias curtas e 11 (2,5%) com sinais de problemas de saúde. No Weissópolis foram registrados quatro casos (2,0%) de animais com baixo escore corporal, três (1,5%) mantidos presos em espaços muito pequenos ou atrelados a guias curtas e 18 (8,8%) com sinais de problemas de saúde. Prevaleram os domicílios em que nenhum tipo de maus-tratos foi constatado, em 380 (88,0%) do território Ana Nery e 178 (86,8%) do Weissópolis (FIGURA 13).

FIGURA 13 – Diferentes tipos de indícios de maus-tratos contra animais observados nos domicílios visitados em cada território. Pinhais, PR, Brasil.



Fonte: A autora (2019). Nota: BEC: baixo escore corporal, AP: animal preso, AD: animal doente, OUT: outros e NENH: domicílios nos quais não foram registrados indícios de maus-tratos contra animais.

Também foram registrados nos animais, em menor proporção, distúrbios de comportamento tais como ansiedade, medo, vocalização exacerbada, agressividade e estereotípias. O comportamento dos animais tem relação com as vulnerabilidades observadas nas famílias multiespécies, podendo auxiliar no levantamento de suspeitas de maus-tratos. A manifestação de medo, por exemplo, pode indicar sentimentos negativos oriundos de experiências prévias, sobretudo quando este se exacerba na presença do tutor (MERCK, 2013). Este indicador não deve, todavia, ser utilizado de maneira isolada para identificar, prevenir ou resolver problemas de bem-estar animal (ROUSING, BONDE & SORENSEN, 2001; PAHO, 2003). É preciso levar em conta que animais podem responder positivamente à presença de seu responsável, abanando a cauda e lambendo, mesmo quando sofre atos de agressão (MERCK, 2013), e que a baixa prevalência de comportamentos anormais não

necessariamente indica boas condições de BEA, tendo em vista que cães que vivem em condições muito restritivas, sem condições de executar seu comportamento natural, podem não exibir comportamentos anormais (STAFFORD, 2006).

A presença de indícios de maus-tratos contra animais foi correlacionada ao número de moradores por domicílio visitado. Foram realizadas duas análises diferentes, uma considerando os maus-tratos de forma geral e sua correlação com o número de moradores, e outra levando em conta apenas a constatação da presença de animais doentes nos domicílios no momento das visitas. Os valores encontrados para em ambas as análises demonstraram que não houve evidências para assumir a existência de associação significativa entre as variáveis em nenhum dos territórios ($P > 0,05$) (TABELA 12). A mesma análise foi realizada para avaliar a existência de correlação entre o número de animais nos domicílios visitados e a ocorrência de maus-tratos, e os resultados também indicaram que não houve evidências para assumir a existência de associação significativa entre as variáveis em nenhum dos territórios ($P > 0,05$) (TABELA 13). Foi também analisada a correlação entre maus-tratos contra animais e fatores socioambientais. Houve evidências para assumir a existência de associação significativa ($P < 0,05$) somente com fatores de vulnerabilidade econômicos e sociais no território Weissópolis (TABELA 14).

TABELA 12. Correlações entre o número de moradores nos domicílios visitados e indícios de maus-tratos contra animais. Pinhais, PR, Brasil.

Variável	NÚMERO DE MORADORES									
	ANA NERY					WEISSÓPOLIS				
	SIM		NÃO		P-valor	SIM		NÃO		P-valor
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Indícios de maus-tratos										
Geral	48	11,1	384	88,9	0,3683	24	11,7	181	88,3	0,1726
Animais doentes	11	2,6	421	97,4	0,3035	18	8,8	187	91,2	0,1560

Fonte: A autora (2019).

TABELA 13. Correlações entre o número de animais de estimação nos domicílios visitados e indícios de maus-tratos contra animais. Pinhais, PR, Brasil.

Variável	NÚMERO DE ANIMAIS									
	ANA NERY					WEISSÓPOLIS				
	SIM		NÃO		P-valor	SIM		NÃO		P-valor
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Indícios de maus-tratos										
	11	2,5	421	97,5	0,8485	18	8,8	187	91,2	0,5279

Fonte: A autora (2019).

Conforme a concepção social, a vulnerabilidade pode ser considerada uma situação de dependência de pessoas ou grupos sociais, que não permite ou põe em risco a autodeterminação e o exercício efetivo de direitos (LEÓN, 2011). Desta maneira, assim como crianças e adolescentes são considerados vulneráveis, devido à sua intrínseca dependência dos adultos (FONSECA et al., 2013), os animais de companhia também podem ser assim considerados. Todavia, no Brasil é incomum que sejam inseridos nos programas sociais como

vítimas das condições de pobreza, violência e outros riscos socioeconômicos junto de seus tutores (BARRERO, 2017). Esta forma de pensamento gera consideráveis prejuízos às políticas públicas de amparo social, que poderiam utilizar a interação entre humanos e seus animais de companhia como um indicador de diversos infortúnios que acometem a população.

TABELA 14. Correlações estatísticas entre a presença de indícios de maus-tratos contra animais e o número de moradores e a ocorrência de fatores de vulnerabilidade econômica, social e ambiental. Pinhais, PR, Brasil.

Variáveis	INDÍCIOS DE MAUS-TRATOS CONTRA ANIMAIS									
	ANA NERY					WEISSÓPOLIS				
	SIM		NÃO		P-valor	SIM		NÃO		P-valor
N	%	N	%	N		%	N	%		
Número de moradores	48	11,1	384	88,9	0,3683	24	11,7	181	88,3	0,1726
Fatores de vulnerabilidade econômica e social										
Sim	12	2,8	81	18,8	0,5347	15	7,3	54	26,3	0,0015*
Não	36	8,3	303	70,1		9	4,4	127	62,0	
Fatores de vulnerabilidade ambiental										
Roedores										
Sim	5	1,1	6	1,4	0,3585	2	1,0	16	7,8	0,2818
Não	136	31,5	285	66,0		41	20,0	146	71,2	
Pulgas										
Sim	5	1,2	51	11,8	0,5775	4	1,9	17	8,3	0,2694
Não	43	9,9	333	77,1		20	9,8	164	80,0	
Carrapatos										
Sim	9	2,1	69	16,0	0,8945	1	0,5	13	6,3	0,5821
Não	39	9,0	315	72,9		23	11,2	168	82,0	

Fonte: A autora (2019). Nota: *P<0,05

O município de Pinhais abrange uma população censitária de 117.008 habitantes, com 34.583 famílias instaladas em domicílios particulares permanentes (IPARDES, 2018) e disponibiliza à população, através do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) os serviços de Proteção Social Básica, amparado por quatro CRAS, e de Proteção Social Especial, por meio de um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Até o ano 2015, 13.359 famílias possuíam Cadastro Único para Programas Sociais, das quais 50,88% declararam possuir renda mensal de até um salário mínimo (PARANÁ, 2013).

O CRAS é uma entidade estatal que organiza e coordena a rede de serviços locais de assistência social da PNAS, agenciando a inclusão das famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade nos programas sociais. Tem por objetivo fortalecer os vínculos familiares e comunitários, buscando priorizar a promoção da autonomia, das potencialidades e o fortalecimento das famílias e indivíduos (BRASIL, 2004b; MOTA & GOTO, 2009). O CREAS, por sua vez, tem a função de oferecer orientação e apoio especializados e continuados a indivíduos e famílias com direitos violados por situações de abandono, maus-tratos físicos e/ou psicológicos, abuso sexual, situação de rua ou trabalho infantil, dentre outras (BRASIL, 2004b). Em ambas as instituições, assistentes sociais, pedagogos e psicólogos atuam orientando e

acompanhando as famílias e indivíduos, auxiliando-os a vencer a exclusão e marginalização (MOTA & GOTO, 2009). O município também conta com amparo aos animais, por meio da SEDEA, através de ações em educação ambiental, fomento à guarda responsável, manejo populacional de cães e gatos, bem-estar animal, feiras de adoção e fiscalizações de casos de maus-tratos (PINHAIS, 2012; PINHAIS, 2019e).

No que tange à correlação entre fatores de vulnerabilidade econômicos e sociais e indícios de maus-tratos contra animais, é fundamental ressaltar a necessidade de uma adequada formação e capacitação contínua dos profissionais das diferentes áreas da saúde acerca da importância da inserção dos animais de companhia como vítimas concomitantes dos diferentes tipos de abusos e vulnerabilidades vivenciados por seus tutores. O desenvolvimento de trabalhos intersetoriais, que aproximem diferentes profissionais e instituições e comprovem a importância de considerar os animais de companhia como efetivos membros das famílias multiespécies, uma vez que vivenciam os mesmos benefícios e infortúnios dos humanos, pode contribuir com esta sensibilização visando ao bem-estar e qualidade de vida das pessoas e dos animais (BARRERO, 2017).

Levando em conta os dados apurados e o fato de que as características culturais de cada população influenciam na prevalência dos índices observados (LOCKWOOD & ARKOW, 2016), a situação de fatores de vulnerabilidade econômicos e sociais na região do estudo demonstra os riscos aos quais as crianças ali presentes estão propensas, e a necessidade de ações educativas constantes junto à comunidade. É um engano, entretanto, julgar que esta problemática seja uma questão exclusiva de camadas menos favorecidas a população. A violência doméstica e/ou abuso animal ocorrem nas diferentes classes sociais, e sabe-se que há maior subnotificação de casos de violência advindas de famílias que possuem elevado nível socioeconômico (OLIVEIRA et al., 2014). Esta questão reforça a importância das políticas públicas para prevenir a violência e investigar todos os casos suspeitos, nos diversos setores da sociedade, incluindo o histórico familiar, a partir da constatação de quaisquer indícios de violência ou abuso.

Com relação às políticas públicas na área da saúde, sabe-se que o sucesso da ESF depende do vínculo existente entre os ACS e a população, pois, quanto mais estreito, maior a eficácia das ações de saúde e a participação da comunidade (BRASIL, 2011; COSTA et al., 2013). Entretanto, durante as visitas familiares verificou-se que, embora os ACS fossem conhecidos, nem sempre eram recebidos para que pudessem tomar conhecimento da situação de cada família, dificuldade em acordo com o observado por Silva & Dalmaso (2002).

Os agentes desempenham uma função de enorme potencialidade com relação à promoção da saúde, assumindo inúmeras e diversificadas atribuições, e possuem grande importância para o aprimoramento e consolidação da ESF, uma vez que exercem as principais ações deste programa (BRASIL, 2011), tomando noções das causas e consequências dos agravos que acometem a população das áreas em que atuam (NUNES et al., 2002). Entretanto, as dificuldades enfrentadas pelos agentes das USF trabalhadas pareciam coibir seu interesse pelo trabalho. Todos relataram insatisfação com o salário e a falta de pagamento de insalubridade e de incentivos à classe. Outro fator de desmotivação, segundo relatado por eles,

envolvia o fato de precisarem caminhar expostos às intempéries climáticas e por vezes em condições de risco à segurança, necessitando abordar moradores de áreas onde existem tráfico de drogas e altos índices de violência. Além disso, referiram que o contato direto com dependentes químicos também os deixava apreensivos, embora uma das premissas da ESF seja a priorização da atenção às famílias de maior vulnerabilidade biológica e social. Foi possível observar que os agentes pareciam restringir as visitas às famílias mais vulneráveis e registrar a evolução de seus quadros clínicos, anotando em suas fichas, por exemplo, as consultas médicas realizadas desde a última visita. A falta de treinamento foi uma queixa dos próprios profissionais, que relataram não saber como agir em determinadas situações.

Pelo fato de trabalharem inseridos na comunidade e serem referência de atenção à saúde para a população habitante em sua área de abrangência, estes profissionais ficam expostos cotidianamente a conflitos e tensões, que precisam ser trabalhados de modo que não os influenciem negativamente (CHIODI & MARZIALE, 2006; TRINDADE et al., 2010; MAIA, SILVA & MENDES, 2011; COSTA et al., 2015), devido ao contato diário com a realidade da comunidade, carente em múltiplos aspectos, que pode afetá-los tanto física quanto emocionalmente (TRINDADE et al., 2010). Além disso, o ambiente de trabalho nas USF envolve vários condicionantes de risco ocupacional, que podem culminar em danos à saúde dos trabalhadores e afetar a qualidade da assistência prestada (CHIODI & MARZIALE, 2006). A fragilidade da rede de apoio na ESF, a dificuldade de relacionamento e de diálogo com os demais integrantes das equipes, as técnicas de trabalho e a qualidade dos serviços são elementos que geram o sofrimento laboral a estes profissionais, que podem manifestar, dentre outros problemas, o adoecimento e a Síndrome de *Burnout* (TRINDADE et al., 2010).

O processo de constituição intersetorial de políticas públicas reconhecidamente enfrenta dificuldades políticas, pois o progresso do SUS, um projeto pertencente à sociedade brasileira e ainda em implementação, depende de complexas disputas no campo político institucional e do reconhecimento do governo e da sociedade acerca dos direitos que garantam de forma efetiva e democrática a produção social da saúde (RIGON, SCHMIDT & BÓGUS, 2016). As limitações identificadas no presente estudo são um reflexo destes obstáculos, e demonstram a necessidade de se investir no fortalecimento das equipes multiprofissionais de saúde e na humanização dos atendimentos. A ESF é considerada um modelo de atenção em construção, requerendo, portanto, investimentos permanentes para que seja possível implantar equipes e qualificar seus integrantes. A sensibilização dos gestores e da população possibilita mudar, efetivamente, o modelo de atenção à saúde no Brasil. Entretanto, para atingir este objetivo é necessário ainda programar medidas de controle do estresse laboral dos trabalhadores da atenção básica, com detecção precoce dos problemas que o originam, e a instauração de ações interventivas com vistas a amenizar o desgaste da equipe e do trabalhador e favorecer sua qualidade de vida, o que refletirá na melhoria da assistência prestada, medidas em concordância com o proposto por Trindade et al. (2010).

O progresso e a solidificação de um sistema de saúde com base nesta ótica mais holística e humanista são possíveis, mediante um esforço conjunto. A abordagem realizada com base no conceito da Saúde Global permite gerenciar com maior efetividade os serviços de

saúde, de forma multiprofissional, identificando lacunas ou desafios e reduzindo os riscos da interação entre a saúde humana, animal e ecossistêmica. Diante da realidade observada nas USF e com base no referencial teórico da promoção da saúde, as médicas veterinárias perceberam a necessidade da elaboração de propostas de reorientação do sistema, partindo-se do pressuposto de que servidores que desempenham atividades que claramente contribuem com melhorias na comunidade tornam-se satisfeitos com o trabalho e motivados a se aprimorarem profissionalmente. O incentivo dos trabalhadores, fomentando valores pessoais e familiares, permite que convivam da melhor forma com a família e com os companheiros de trabalho, o que atenua os efeitos deletérios do estresse laboral. O fornecimento de suporte para o enfrentamento de cada situação favorece a saúde dos trabalhadores e estimula a satisfação no trabalho. Não se trata de um suporte passivo, e sim do estímulo para que haja todos desenvolvam atitudes pró-ativas. Além disso, não há médicos veterinários atuantes no NASF-AB no município, e o enfrentamento das políticas públicas de saúde certamente seria mais facilitado com o apoio destes profissionais, corroborando com a capacitação técnica de todos os profissionais das eSF no âmbito da Saúde Global.

2.4. Conclusões

A interação humano-animal-ambiente é um tema amplamente relevante, e seu estudo permite expandir as concepções relativas à influência mútua existente entre a saúde de pessoas, demais espécies animais e do meio ambiente. Trata-se, porém, de um assunto complexo, na medida em que envolve diferentes condicionantes de riscos, requerendo compreensão dos gestores acerca da importância de sua inclusão nas políticas públicas promotoras de saúde, bem como a qualificação dos profissionais da saúde para correlacionar as condições de vida das famílias à ocorrência de doenças.

O estudo da interação humano-animal-ambiente em dois territórios abrangidos por Unidades de Saúde da Família no município de Pinhais/PR teve como objetivo caracterizar os elementos que influenciam diretamente a saúde da população e que são negligenciados pela abordagem tradicional do atual sistema sanitário. Com base nos dados encontrados, foi possível observar lacunas no sistema de saúde implantado, tais como a insuficiência de capacitação técnica dos profissionais da saúde com relação à Saúde Global e todos os seus determinantes, além da falta de cobertura total das famílias residentes nos territórios, usuárias ou não do sistema público de saúde.

Ficou evidente o subcadastro de famílias pelos agentes, considerando-se o total de domicílios em cada território. Foram consideradas como hipóteses para explicar tal impasse o horário de abrangência das visitas domiciliares, realizadas apenas durante o horário de funcionamento das USF, entre 8h e 17h, período em que muitas famílias não são encontradas em casa, e também o fato de que algumas delas, por disporem de planos de saúde, possivelmente não utilizem os serviços públicos de saúde. Supõe-se ainda que o próprio sistema talvez não esteja preparado para suprir a demanda, ou por não haver profissionais em número suficiente ou por despreparo técnico dos mesmos.

O despreparo técnico dos ACS e subexploração dos territórios seguem um fluxo contrário aos pontos abordados na Carta de Ottawa, tais como a promoção da saúde, que contempla cinco campos de ação, incluindo a implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde. Esta ausência de referencial teórico incorre em incapacitação para detectar indícios de vulnerabilidades e de diferentes problemas sanitários, culminando em subnotificações nos relatórios de saúde.

Os ACS são profissionais muito importantes para o aprimoramento e consolidação da ESF, uma vez que desempenham as principais ações deste programa. Entretanto, foi observado um despreparo técnico para o desempenho das atribuições pertinentes à função. A falta de treinamento foi uma queixa dos próprios profissionais, que relataram não saber como agir em determinadas situações. Seria adequado que todos recebessem capacitação que lhes fornecesse claras noções de causa, consequência e prevenção de agravos. As dificuldades apresentadas foram por eles descritas como um desestímulo à realização de seu trabalho. O reconhecimento da importância do cargo dos ACS, além de lhes empoderar e motivar, estreita seus laços com as respectivas eSF, instigando todos a dedicarem o melhor de si no trabalho conjunto. A presença de profissionais capacitados para realizar o diagnóstico da IHAA pode contribuir com a saúde da população de todo o território trabalhado, daí a importância de investir no treinamento dos agentes comunitários para que se tornem uma referência para os moradores e contribuam substancialmente com a saúde coletiva. Para tanto, é necessário que sejam trabalhadas competências como visão crítica, boa comunicação, ética, responsabilidade, integração em equipes, liderança e autonomia.

Foi notório ainda o fato de que a grande maioria dos profissionais atuantes na USF desconhecia a real função do NASF-AB. Em muitos casos agiam de forma individualizada, o que impossibilitava a discussão e resolução de situações-problema que requeriam uma abordagem multiprofissional. Esta dificuldade de interação entre os profissionais das Unidades e do NASF-AB concorda com estudos anteriores.

Os problemas sociais diagnosticados durante o estudo demonstraram consonância com os dados da literatura. Muitas questões são subnotificadas ou ignoradas por uma série de fatores, desde falta de capacitação técnica dos profissionais e desorganização no sistema de trabalho na USF à precária comunicação entre os profissionais. São necessárias amplas políticas públicas de saúde que colaborem para resolver os problemas que se apresentam neste campo.

A pesquisa demonstrou a importância do reconhecimento da Saúde Global e a urgente necessidade de uma visão mais crítica de todos os profissionais da saúde envolvidos no atendimento de casos suspeitos de transtornos, negligência, violência ou maus-tratos, em quaisquer espécies e locais, pois a situação observada pode ser um indicador de uma questão muito maior, e o diagnóstico correto é fundamental para que haja adequado tratamento a cada indivíduo e situação. Os dados coletados tornaram clara a necessidade de aliar a estratégia da Saúde Global aos serviços oferecidos à população. São essenciais as políticas públicas voltadas à comunidade, como os programas ambientais, sociais e de saúde, e aos seus

animais, como as campanhas de esterilização e vacinação. Paralelamente, deve-se investir na educação em saúde, aumentando a conscientização popular sobre temas ligados à saúde, enfocando a importância da IHAA e do cuidado com o meio ambiente e os animais.

Embora seja substancial a importância da ESF, ficou evidente que ainda há muito a ser feito. O enfrentamento das políticas públicas de saúde é muitas vezes realizado de forma isolada entre diferentes setores e equipes profissionais, fragilizando a intersetorialidade e depreciando a eficiência dos serviços prestados à população e, conseqüentemente, os resultados em saúde. A pesquisa demonstrou a necessidade de se investir no fortalecimento dos serviços de saúde do município e no aumento da integração entre os servidores da área que, embora trabalhem por um objetivo comum, apresentam dificuldades de dialogar claramente e trabalhar em equipe. As políticas públicas de saúde devem contribuir com a melhoria das condições de trabalho, capacitação e motivação dos profissionais, enaltecendo-se a importância dos esforços de cada um e estimulando-se a empatia entre trabalhadores e usuários do sistema, visando ao bem comum e à promoção da Saúde Global.

REFERÊNCIAS

- ABINPET. Associação Brasileira da Indústria de Produtos para Animais de Estimação. 2013.
- ALENCAR, M. M. M. Reciclagem de lixo numa escola pública do município de Salvador. Candombá. Revista Virtual, v. 1, n. 2, p. 96-113. 2005.
- ALMEIDA, G. L.; PONTES, H. H. S. Disposofobia: a função existencial de acumular. Caderno de Ciências Biológicas e da Saúde, n. 4. Boa Vista. 2014.
- ASCIONE, F. R.; WEBER, C. V.; THOMPSON, T. M.; HEATH, J.; MARUYAMA, M.; HAYASHI, K. Battered pets and domestic violence: animal abuse reported by women experiencing intimate violence and by nonabused women. Violence against women, v. 13, n. 4, p. 354-373. 2007.
- AZEREDO, C. M.; COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; MAIA, T. M.; MARQUES, E. S. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 3, p. 743-753. Rio de Janeiro. 2007.
- BALDRY, A. C. Animal abuse among preadolescents directly and indirectly victimized at school and at home. Criminal Behaviour and Mental Health, v. 15, n. 2, p. 97-110. 2005.
- BAQUERO, O. S.; CHIOZZOTTO, E. N.; GARCIA, R. C. M.; AMAKU, M.; FERREIRA, F. Abandonment of Dogs and Cats: Public Opinions as Population Management Indicators. J. Appl. Anim. Welf. Sci., v. 26, p. 1-7. 2017.
- BAQUERO, O. S.; MARCONCIN, S. A.; ROCHA, A.; GARCIA, R. C. M. Companion animal demography and population management in Pinhais, Brazil. Preventive Veterinary Medicine, n. 158, p. 169-177. 2018.
- BARBOSA, A. D.; MARTINS, N. R. S.; MAGALHÃES, D. F. Zoonoses e saúde pública: riscos da proximidade humana com a fauna silvestre. Ciência Veterinária nos Trópicos, v. 14, n. 1/2/3, p. 1-9. Recife. 2011.
- BARRERO, S. M. A vulnerabilidade na família como determinante de maus-tratos aos animais de companhia. Dissertação de Mestrado em Ciências Veterinárias. 180p. Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 2017.

BARROS, R. P.; HENRIQUES, R.; MENDONÇA, R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 15, n. 42, p. 123-142. 2000.

BECK, A. M. KARTCHER, A. H. Pets are family. In: BECK, A. M. KARTCHER, A. H. *Between pets and people: the importance of animal companionship*. Indiana: Purdue University Press, p. 40-62. 1996.

BORDIGNON, J. S.; SILVEIRA, C. C. S.; DELVIVO, E. M.; ARAÚJO, C. P.; LASTA, L. D.; WEILLER, T. H. Adultos em situação de rua: acesso aos serviços de saúde e constante busca pela ressocialização. *Revista Contexto & Saúde*, v. 10, n. 20, p. 629-634. Ijuí. 2011.

BRANDESPIM, D. F. Check-list Ambiental. Programa Pet Saúde. Garanhuns, PE. 2016.

BRASIL. Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília. 1998a.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Responsabilidade Socioambiental: Agenda 21. Carta da Terra. 2000. [Acesso em 11/11/2018]. Disponível: <http://www.mma.gov.br/responsabilidade-socioambiental/agenda-21/carta-da-terra>

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. 60p. Brasília. 2004a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. Brasília. 2004b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Zoonoses. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 22. 229p. Brasília. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 444p. Brasília. 2010.

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*. Brasília. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*. Brasília. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília. 2012b.

BRASIL. Lei nº 12.796, de 04 de abril de 2013. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para dispor sobre a formação dos profissionais da educação e dar outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília. 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Situação epidemiológica de Leptospirose. 2016b. [Acesso em 14/12/2018]. Disponível: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacaoepidemiologica-dados>.

BRASIL. Corregedoria Nacional do Ministério Público. 2017. [Acesso em 15/12/2018]. Disponível: <http://www.cnmp.mp.br/portal/institucional/corregedoria/carta-de-brasilia>

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricionais (SISVAN). 2019.

BROOM, D. M.; MOLENTO, C. F. M. Bem-estar animal: conceito e questões relacionadas – revisão. *Archives of Veterinary Science*, v. 9, n. 2, p. 1-11. 2004.

BUSATO, M.; ANTONIOLLI, M. A.; TEO, C. R. P. A.; FERRAZ, L.; POLI, G.; TONINI, P. Relação de parasitoses intestinais com as condições de saneamento básico. *Ciência e Cuidados em Saúde*, v. 13, n. 2, p. 357-363. 2014.

CARLOTTI, D. N.; JACOBS, D. E. Therapy, control and prevention of flea allergy dermatitis in dogs and cats. *Veterinary Dermatology*, v. 11, n. 2, p. 83-98. 2000.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; KOLLER, S. H.; PILZ, C.; DIAS, D. D.; WAGNER, F. Concepções de policiais sobre crianças em situação de rua: um estudo sobre preconceito. *Revista Psico-USF*, v. 11, n. 2, p. 249-256. 2006.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de organização das visitas domiciliares. *RBMFC*, v. 1, n. 2, p. 19-26. 2012.

CHIARAVALLOTI, V. B.; MORAIS, M. S.; CHIARAVALLOTI NETO, F.; CONVERSANI, D. T.; FIORIN, A. M.; BARBOSA, A. A. C.; FERRAZ, A. A. Avaliação sobre a adesão às práticas preventivas do dengue: o caso de Catanduva, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1321-1329. 2002.

CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. *Acta Paulista de Enfermagem*. v. 19, n. 2, p. 212-217. 2006.

COHEN, S. C.; CYNAMON, S. E.; KLIGERMAN, D. C.; ASSUMPTÃO, R. F. Habitação saudável no Programa de Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 807-813. Rio de Janeiro. 2004.

COHEN, S. C.; BODSTEIN, R.; KLIGERMAN, D. C.; MARCONDES, W. B. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 191-198. Rio de Janeiro. 2007.

CORRÊA, G. L. B; MOREIRA, W. S. Contaminação do solo por ovos de *Ancylostoma* spp. em praças públicas na cidade de Santa Maria, RS, Brasil. *Revista da FZVA*, v.2/3, n.1, p.18-23. Uruguai. 1993.

COSTA, L. F.; CASTRO, P. M.; BASTOS, N. M. L. Projeto atenção à criança e ao adolescente em Cachoeira do Sul/RS. *Anais do IV Salão de Ensino e de Extensão*, p. 144. UNISC. Santa Cruz do Sul. 2013.

COSTA, S. M.; ARAÚJO, F. F.; MARTINS, L. V.; NOBRE, L. L. R.; ARAÚJO, F. M.; RODRIGUES, C. A. Q. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147-2156. 2013.

COSTA, E. F.; ANDRADE, D. R.; GARCIA, L. M. T.; RIBEIRO, E. H. C.; SANTOS, T. I.; FLORINDO, A. A. Avaliação da efetividade da promoção da atividade física por agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2185-2198. 2015.

CUNHA, G. R. D.; MARTINS, C. M.; CECCON-VALENTE, M. F.; SILVA, L. L.; MARTINS, F. D.; FLOETER, D.; ROBERTSON, J. V.; FERREIRA, F.; BIONDO, A. W. Frequency and spatial distribution of animal and object hoarder behavior in Curitiba, Paraná State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 33, v. 2, p. 1-12. 2017.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 11, p. 1163-1178. 2007.

- DRYDEN, M. W.; RUST, M. K. The cat flea: biology, ecology and control. *Veterinary Parasitology*, v. 52, n. 1-2, p. 1-19. 1994
- FERREIRA, F. Efeito da esterilização no controle de populações de cães [tese de livre docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2009.
- FERREIRA, S. L. Os catadores do lixo na construção de uma nova cultura: a de separar o lixo e da consciência ambiental. *Rev. Urutáua. Rev. Acad Multidisc.* 2002. [Acesso em 10/07/2018]. Disponível: <http://www.uem.br/urutagua/007/07ferreira.htm>
- FLYNN, C. P. Battered women and their animal companions: Symbolic interaction between human and nonhuman animals. *Society & Animals*, v. 8, n. 2, p. 99-127. 2000.
- FONSECA, F. F.; RAMONY, R. K. R.; SANTOS, R. L. A.; DIAS, O. V.; COSTA, S. M. The vulnerabilities in childhood and adolescence and the Brazilian public policy intervention. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 31, n. 2, p. 258–264. 2013.
- FORTALEZA, C. M. Apresentação. In: SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa de Controle de Populações de cães e gatos do Estado de São Paulo. *Boletim Epidemiológico Paulista*, v. 6, p. 9, 158p. 2009.
- FROST, R. O.; PATRONEK, G.; ROSENFELD, E. Comparison of Object and Animal Hoarding. *Depression and anxiety*, v. 28, n. 10, p. 885-891. 2011.
- GARCIA, R. C. M. Estudo da dinâmica populacional canina e felina e avaliação de ações para o equilíbrio dessas populações em área da cidade de São Paulo, SP, Brasil. Tese de Doutorado. 264p. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2009.
- GARCIA, R. C. M.; CALDERÓN, N.; FERREIRA, F. Consolidação de diretrizes internacionais de manejo de populações caninas em áreas urbanas e proposta de indicadores para seu gerenciamento. *Ver. Panam. de Salud Pública*, n. 32, p. 140-144. 2012.
- GELINSKI, C. R. O. G.; SEIBEL, E. J. Formulação de políticas públicas: questões metodológicas relevantes. *Revista de Ciências Humanas, EDUFSC*, v. 42, n. 1/2, p. 227-240. Florianópolis. 2008.
- GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n. 2, p.113-28. 2005.
- GUIMARÃES, J. M. X.; VASCONCELOS, E. E.; CUNHA, R. S.; MELO, R. D.; PINHO, L. F. Estudo Epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 2, p. 441-451. 2005.
- HAMMERSCHMIDT, J.; MOLENTO, C. F. M. Análise retrospectiva de denúncias de maus-tratos contra animais na região de Curitiba, Estado do Paraná, utilizando critérios de bem-estar animal. *Brazilian Journal of Veterinary Research and Animal Science*, v. 49, n. 6, p. 431-441. 2012.
- HAMMERSCHMIDT, J. Diagnóstico de maus-tratos contra animais e estudo dos fatores relacionados. Tese de Doutorado. 172p. Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 2017.
- HARDESTY, J. L.; KHAW, L.; RIDGWAY, M. D.; WEBER, C.; MILES, T. Coercive control and abused women's decisions about their pets when seeking shelter. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 28, n. 13, p. 2617-2639. 2013.
- HEUKELBACH, J.; MENCKE, N.; FELDMEIER, H. Cutaneous larva migrans and tungiasis: The challenge to control zoonotic ectoparasitoses associated with poverty. *Tropical Medicine and International Health*, n. 7, p. 907-910. 2002.
- HEUKELBACH, J.; COSTA, A. M. L.; WILCKE, T.; MENCKE, N.; FELDMEIER, H. The animal reservoir of *Tunga penetrans* in severely affected communities in northeast Brazil. *Medical and Veterinarian Entomology*, n. 17. 2003.

HEUKELBACH, J.; SALES DE OLIVEIRA, F. A.; FELDMEIER, H. Ectoparasitoses e saúde pública no Brasil: desafios para controle. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 5, p. 1535-1540. Rio de Janeiro. 2003.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 10. ed. Cortez. São Paulo. 2006.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. In: Estudos & Pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n. 21. Rio de Janeiro. 2007.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados demográficos de 2010. [Acesso em 15 de março de 2018]. Disponível: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). 2013. [Acesso: 15 de junho de 2018]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). 2015. [Acesso: 15 de junho de 2018]. Disponível: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/default.shtm>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da População. 2018. [Acesso em 15 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=22367&t=resultados>

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno estatístico do município de Pinhais. 43p. 2018.

JOHN, V. M. Reciclagem de resíduos na construção civil: contribuição à metodologia de pesquisa e desenvolvimento. Tese de Livre Docência. USP, São Paulo. 2000.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R. Repensando a Humanização do Sistema Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde. *Mundo da Saúde*, v. 36, n. 3, p. 397–406. 2012.

KARPINSK, L. A.; PANDOLFO, A.; REINEHR, R.; KUREK, J.; PANDOLFO, L.; GUIMARÃES, J. Gestão diferenciada de resíduos da construção civil: uma abordagem ambiental. Porto Alegre: Edipucrs, 163p. 2009.

LABRUNA, M. B.; PEREIRA, C. M. Carrapatos em cães do Brasil. *Clínica Veterinária*, v. 6, n. 30, p. 24-32. 2001.

LEITE, B. M. Avaliação de propriedades mecânicas de concretos produzidos com agregados reciclados de resíduos de construção e demolição. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2001.

LEÓN, F. J. Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina. Retos para la bioética. *Acta Bioethica*, v. 17, n. 1, p. 19-29. 2011.

LIMA-CAMARA, T. N. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 50, n.36. 2016.

LOCKWOOD, R. Animal cruelty and human violence : The veterinarian's role in making the connection-The American experience. *Canadian Veterinary Journal*, v. 41, p. 876–878. 2000.

LOCKWOOD, R; ARKOW, P. Animal abuse and interpersonal violence: The cruelty connection and its implications for veterinary pathology. *Veterinary Pathology*, v. 53, n. 5, p. 910–918. 2016.

LOZANO, E. R.; FULLERAT, C. O.; NOVALDOS, G. B.; ANTÓN, M. S.; GUTIÉRREZ, F. G.; BERMEJO, C. P. Características Sociodemográficas de las personas con conducta

acumuladora/trastorno por acumulación (S. de Diógenes) en la ciudad de Madrid. Serie de casos. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq, v. 34, n. 124, p. 665-681. 2014.

MAGALHÃES, M. N.; LIMA, A. C. P. Noções de Probabilidade e Estatística. 3ª edição. Editora USP. São Paulo. 2001.

MAGALHÃES, K. A.; COTTA, R. M. M.; MARTINS, T. C. P.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. A. Habitação como Determinante Social da Saúde: percepções e condições de vida de famílias cadastradas no Programa Bolsa Família. Revista Saúde e Sociedade, v.22, n.1, p.57-72. São Paulo. 2013.

MAIA, L. D. G.; SILVA, N. D.; MENDES, P. H. C. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 36, n. 123, p. 93-102. São Paulo. 2011.

MANO, M. A. A Receita e a reza: saberes da Medicina Oficial e da Medicina Paralela Unidos na Busca da Humanização do Cuidado. 428p. Dissertação de Mestrado em Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2004.

MANO, M. A. M. Casa de família - uma reflexão poética sobre a visita domiciliar e a produção de conhecimento. Rev. APS, v. 12, n. 4, p. 459-467. 2009.

MARA, D. D.; FEACHEM, R. G. A. Water- and excreta-related diseases: Unitary environmental classification. Journal of Environmental Engineering, n. 125, p. 334-339. 1999.

MATAIX-COLS, D.; FROST, R. O.; PERTUSA, A.; CLARK, L. A.; SAXENA, S.; LECKMAN, J. F.; WILHEM, S. Hoarding Disorder: A new diagnosis for DSM-V? *Depress Anxiety*. v. 27, n. 6, p. 556-572. 2010.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, v. 20, n. 5, p.1411-1416. Rio de Janeiro. 2004.

MATTOS, R. A. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC. p. 161-204. 2007.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M.; PEREIRA, M. J. B.; ALMEIDA, M. C. P. Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 3, p. 603-610. 2011

MCPHEDRAN, S. Animal abuse, family violence, and child wellbeing: A review. Journal of Family Violence, v. 24, n. 1, p. 41-52. 2009.

MEDEIROS, M.; FERRIANI, M. G. C.; MUNARI, D. B.; GOMES, R. A sexualidade para o adolescente em situação de rua em Goiânia. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 9, n. 2, p. 35-41. 2001.

MELO, R. H. V.; VILAR R. L. A.; FERREIRA, A. F.; PEREIRA, E. J. S.; CARNEIRO, N. E. A.; FREITAS, N. G. H. B.; DINIZ JUNIOR, J. Análise de risco familiar na Estratégia Saúde da Família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde. Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde, p. 58-71. 2013.

MERCK, M. D. Veterinary Forensics: animal cruelty investigations. Iowa: Blackwell Publishing. 402p. 2013.

MIRANDA, L. L. *O que é lixo*. São Paulo: Brasiliense. 1995.

MNCR – Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis. 1º Congresso Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis. Brasília/DF. 2001.

MNCR – Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis. O que é o Movimento? 2013. [Acesso em 12/12/2018]. Disponível: <http://www.mncr.org.br>

MORÁN, M. A. S. Estudio sociodemográfico e identificación de los factores de riesgo en las conductas acumuladoras en la ciudad de Sevilla. *Rev Cient.Hygia de Enferm.* n. 87, p. 21-28. 2014.

MOTA, S.; GOTO, T. Plantão psicológico no CRAS em Poços de Caldas. *Revista de Psicologia*, v. 1, n. 3, p. 521-530. 2009.

NAKATA, P. T.; KOLTERMANN, L. I.; VARGAS, K. R.; MOREIRA, P. W.; DUARTE, E. R. M.; ROSSET-CRUZ, I. Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 21, n. 5. 2013.

NARVAI, P. C.; SÃO PEDRO, P. F. Práticas de saúde pública. In: *Saúde pública: bases conceituais*. Atheneu, p. 269-297. São Paulo. 2008.

NOGUEIRA, M. J.; FONSECA, R. M. G. S. A Visita domiciliar como método de assistência em Enfermagem da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.11, n.1, p. 28-50. São Paulo. 1997.

NOGUEIRA, C. S. L. A importância da inclusão do médico veterinário nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF [Dissertação]. Jaboticabal (SP): Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. 2018.

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*; v. 18, n. 6, p. 1639-1646. 2002.

OLIVEIRA, M. V. C.; CARVALHO, A. R. Princípios básicos do saneamento do meio. 4. ed. Senac. São Paulo. 2004.

OLIVEIRA, M. J. I.; ESPÍRITO SANTO, E. A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*, v. 2, n. 2, p. 7-24. 2013.

OLIVEIRA, S. F.; CARDOSO, K. R. L.; ALMEIDA, C. A. P.; CARDOSO, L. R.; GUTFILEN, B. Violence against women: profile of the aggressors and victims and characterization of the injuries. A forensic study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, v. 23, p. 49-54. 2014.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. In: *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, Canadá. 1986. [Acesso em 21/11/2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. Um marco conceitual para ação sobre os determinantes sociais da saúde. Genebra. 2006. Documento de discussão de Alec Irwin e Orielle Solar.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Um marco conceitual de ação sobre os determinantes sociais da saúde. Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. Genebra. 2007.

OPAS – Organización Panamericana de la Salud. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. 56p. 2016.

PAHO – Pan American Health Organization. World Society for the Protection of Animals. Recomendaciones. Em: *Reunión Latinoamericana de expertos en tenencia responsable de mascotas y control de poblaciones*. PAHO, WSPA. Rio de Janeiro. 2003.

PARANÁ. Ministério Público do Estado do Paraná. Subprocuradoria-geral de justiça para assuntos de planejamento institucional (SUBPLAN). Indicadores - Assistência Social. 2013.

PARANÁ. Decreto nº 3.000/2015. Regulamenta o Programa Leite das Crianças, instituído pela Lei no 16.385, de 25 de janeiro de 2010. 2015.

PATRONEK, G. Animal hoarding: a third dimension of animal abuse. *International Handbook of Theory and Research on Animal Abuse and Cruelty*, p. 221-246. 2008.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia, teoria e prática*. Guanabara Koogan AS. Rio de Janeiro. 2005.

PEREIRA, M. C. G.; TEIXEIRA, M. A. C. A inclusão de catadores em programas de coleta seletiva: da agenda local à nacional. *Cad. EBAPE.BR*, v. 9, n. 3, art. 10. Rio de Janeiro. 2011.

PERTUSA, A.; FROST, R. O.; FULLANA, M. A.; SAMUELS, J.; STEKETEE, G.; TOLIN, D.; SAXENA, S.; LECKMAN, J. F.; MATAIX-COLS, D. Refining the diagnostic boundaries of Compulsive Hoarding: a critical review. *Clinical Psychology Review*, v. 30, n. 4, p. 371-86. 2010.

PFLUCK, N. C. D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o cuidado da pessoa com deficiência: a educação permanente em saúde na gestão matricial. *Dissertação de Mestrado em Ensino na Saúde*. 79p. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2017.

PINHAIS. Lei Municipal nº 1.356, de 14 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a proteção e bem-estar animal, a prevenção e o controle de zoonoses no município de Pinhais e dá outras providências. 2012.

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Plano Municipal das Políticas de Atenção à Criança e ao Adolescente - Exercício 2015. 147p. 2015.

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Departamento de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico do município. Ano 1, n. 1, 119p. 2016.

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. 312p. 2017.

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Decreto nº 11/2019, de 03 de Janeiro de 2019. Institui a Política Municipal de Atenção às Pessoas em Situação de acumulação e cria o Comitê de Atenção às Pessoas em Situação de Acumulação – CAPSA. 2019a.

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Portal da Transparência. Relação de profissionais contratados pelo município. 2019b. [Acesso em 02 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <https://pinhais.atende.net/?pg=transparencia#!/grupo/4/item/26/tipo/1>.

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. 2019c. [Acesso em 12 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <https://pinhais.atende.net/atende.php?pg=subportal&chave=90#!/>

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Programação Anual de Saúde 2019. 36p. 2019d.

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Secretaria de Meio Ambiente. Departamento de Defesa Animal. Seção de Defesa e Proteção Animal. 2019e. [Acesso em 12 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <https://pinhais.atende.net/?pg=subportal&chave=100>.

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Decreto nº 113/2019, de 21 de fevereiro de 2019. Dispõe sobre a Estrutura da Secretaria Municipal de Meio Ambiente, com as atribuições dos departamentos, das gerências e seções. 2019f.

PINTO, T. P. Reciclagem no canteiro de obras - responsabilidade ambiental e redução de custos. *Revista de Tecnologia da Construção - Tèchne*, ano 9, n. 49, p. 64-68. 2000.

PINTO, T. P. *Gestão ambiental de resíduos da construção civil: a experiência do Sinduscon-SP, Obra Limpa: I&T: Sinduscon-SP*. São Paulo. 2005.

PORTO, M. F. S.; JUNCÁ, D. C. M.; GONÇALVES, R. S.; FILHOTE, M. J. F. Lixo, trabalho e saúde: um estudo de caso com catadores em um aterro metropolitano no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 6, p. 1503-1514. Rio de Janeiro. 2004.

- RAFAEL, E. T.; MORAES, M. C. L. O comportamento de acumulação de animais e a Estratégia Saúde da Família: uma discussão introdutória. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v.10, p. 918-922. 2018.
- REZENDE, S.; HELLER, L. O Saneamento no Brasil: políticas e interfaces. Editora UFMG; Escola de Engenharia da UFMG. Belo Horizonte. 2002.
- RIBEIRO, H.; GÜINTER, W. M. R. Integração entre a Educação Ambiental e o Saneamento Ambiental como Estratégia para a Promoção da Saúde e do Meio Ambiente Sustentado. Faculdade Saúde Pública - Universidade São Paulo, Departamento de Saúde Ambiental. São Paulo. 2002.
- RIBEIRO, J. W.; ROOKE, J. M. S. Saneamento básico e sua relação com o meio ambiente e a saúde pública. Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Análise Ambiental. Faculdade de Engenharia da UFJF. 36p. Juiz de Fora. 2010.
- RIGON, S. A.; SCHMIDT, S. T.; BÓGUS, C. M. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 3. Rio de Janeiro. 2016.
- RODRIGUES, D. F.; DAEMON, E.; RODRIGUES, A. F. S. F. Caracterização da população de ectoparasitos em cães de núcleos de expansão urbana de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Parasitologia Veterinária*, v. 17, n. 4, p. 185-188. 2008.
- ROSEN, G. Uma História de Saúde Pública. UNESP/HUCITEC/ABRASCO. 423 p. São Paulo. 1994.
- ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. *Epidemiologia & Saúde*. 7a ed. MedBook. Rio de Janeiro. 2013.
- ROUSING, T.; BONDE, M.; SORENSEN, J. T. Aggregating welfare indicators into an operational welfare assessment system: a bottom up approach. *Acta Agriculturae Scandinavica*, v. 51, n. 30, p. 53-57. 2001.
- SANTANA, L. R.; OLIVEIRA, T. P. Guarda responsável e dignidade dos animais. Relatório do Ministério Público. Salvador. 2008.
- SANTOS, F. P.; BARBOSA E SOUZA, L. Diagnóstico dos problemas ambientais urbanos de Luís Eduardo Magalhães (BA) por meio da análise das reclamações ambientais registradas na Secretaria Municipal de Meio Ambiente. *Ateliê Geográfico*, v. 7, n. 3, p.110-133. Goiânia. 2013.
- SÃO PAULO. Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal. Controle de Zoonoses. Série Educativa Fauna Sinantrópica. 2019. [Acesso em 04/02/2019]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/covisa>.
- SCHMIDT, R. A. C. A Questão Ambiental na Promoção da Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v.17, n.2, p.373-392. Rio de Janeiro. 2007.
- SCHMIDT, D. R.; DELLA MÉA, C. P.; WAGNER, M. F. Transtorno da Acumulação: características clínicas e epidemiológicas. *Revista CES Psicologia*, v. 7, n. 2, p. 27-43. 2014.
- SCHNEIDER, D. M. Deposições irregulares de resíduos da construção civil na cidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Universidade de São Paulo. 2003.
- SCHWABE, C. W. *Veterinary medicine and human health*. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 680 p. 1984.
- SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2002.
- SIQUEIRA, M. M.; MORAES, M. S. Saúde coletiva, resíduos sólidos urbanos e os catadores de lixo. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 14, v. 6, p. 2115-2122. 2009.

SOARES, S. R. A.; BERNARDES, R. S.; CORDEIRO NETTO, O. M. Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 1713-1724. Rio de Janeiro. 2002.

STAFFORD, K. J. *The welfare of dogs*. Dordrecht: Springer, p. 8-11. 2006.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L.; BECK, C. L. C.; AMESTOY, S. C.; PIRES, D. E. P. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 5, p. 684-689. São Paulo. 2010.

VELOSO, M. M. X.; MAGALHÃES, C. M. C.; DELL'AGLIO, D. D.; CABRAL, I. R.; GOMES, M. M. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n.5, p.1263-1272. 2013.

VERDI, M. I. M.; DA ROS, M. A.; CUTOLO, L. R. A.; SOUZA, T. T. *Saúde e Sociedade*. Versão adaptada do curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Federal de Santa Catarina. 96p. 2016.

VIANNA, L. A. C.; BOMFIM, G. F. T.; CHICONE, G. Autoestima de mulheres que sofreram violência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 5. Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil. 2006.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva? In: PAIM J. S., ALMEIDA-FILHO, A. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Medbook. Rio de Janeiro. 2014.

VILLAR, E. Los Determinantes Sociales de Salud y la Lucha por la equidad en Salus: desafíos para el Estado y la sociedad civil. *Saúde Soc.*, v.16, n.3, p.26-34. São Paulo. 2007.

WEBER, L. N. D.; VIEZZER, A. P.; BRANDENBURG, O. J.; ZOCCHÉ, C. R. E. Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. *Psico-USF*, v. 7, n. 2, p.163-173. 2002.

ZORZENON, F. J. Noções sobre as principais pragas urbanas. *Biológico*, v.64, n.2, p.231-234. São Paulo. 2002.

3. REFLEXÕES ACERCA DO CONTEXTO SOCIOAMBIENTAL DOS TERRITÓRIOS EXPLORADOS E OS DESAFIOS E POTENCIALIDADES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

RESUMO

O acesso à saúde consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada em 1948, sendo considerado tão importante quanto a liberdade, a alimentação, a educação, a segurança e a nacionalidade. A promoção da saúde é um desafio social, uma vez que depende da contribuição tanto do poder público quanto da população. Este capítulo tem como objetivo discutir os cinco campos da promoção da saúde e apresentar as contribuições da Medicina Veterinária neste âmbito. O contexto social de dois territórios do município de Pinhais/PR, explorados no estudo, apresentou diversas semelhanças, tendo sido registrados em ambos diferentes fatores de vulnerabilidade ambientais, econômicos e sociais. Os achados demonstram a importância das políticas públicas no fomento à construção de uma sociedade verdadeiramente empática, hígida, solidária e sustentável.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Políticas públicas. Contexto social.

ABSTRACT

The access to health is contained in the Universal Declaration of Human Rights, promulgated in 1948, and is considered as important as freedom, food, education, security and nationality. Health promotion is a social challenge, as it depends on the contribution of both the public power and the population. This chapter aims to discuss the five fields of health promotion and present the contributions of Veterinary Medicine in this area. The social context of two territories of the municipality of Pinhais/PR, explored in the study, presented several similarities, having been registered in both different environmental, economic and social vulnerability factors. The findings demonstrate the importance of public policies in fomentation to the construction of a truly empathic, healthy, supportive and sustainable society.

Keywords: Health promotion. Public policy. Social context.

3.1. Introdução

O atual conceito de saúde não se limita à prevenção e tratamento de doenças. Já se reconhece que condicionantes sociais, ambientais e políticos, dentre outros, podem interferir na qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades. A intersectorialidade surgiu nesta conjuntura, como uma resposta à necessidade de realizar uma ampla abordagem dos problemas, julgando-se que na busca pela promoção da saúde é indispensável que haja articulação e integração entre instituições públicas e privadas e junção do conhecimento de diferentes profissionais (BERNARDI et al., 2010). As políticas públicas sociais envolvem saúde, assistência, habitação, educação, emprego, renda ou previdência (GELINSKI & SEIBEL, 2008), e refletem diretamente no contexto social das populações.

O direito humano à saúde é reconhecido por todas as sociedades e todos os foros mundiais, igualmente aos demais direitos assegurados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, tais como liberdade, alimentação, educação, segurança e nacionalidade, dentre outros. Trata-se do maior e melhor recurso para o desenvolvimento dos âmbitos social, econômico e pessoal, bem como uma das mais importantes grandezas da qualidade de vida, sendo amplamente reconhecida como tal (BUSS, 2010).

Para que possam atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e famílias devem ser capazes de identificar aspirações, satisfazer necessidades e transformar favoravelmente os ambientes natural, político e social. A saúde enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, englobando, portanto, muito mais que um estilo de vida saudável. Por conta disso, não é uma responsabilidade exclusiva do setor saúde, visto que ambiciona ao bem-estar global (BUSS, 2010).

O contexto social dos dois territórios incluídos no estudo apresentou diversas semelhanças, como o registro de fatores de vulnerabilidade ambientais, sanitários e sociais. Foi possível notar que em ambos os territórios a população desconhecia praticamente todas as informações pertinentes à Saúde Global, desde as mais triviais, como a necessidade de vermifugação e imunização de todas as pessoas e animais de companhia, com orientação médica e na frequência e dose corretas, até questões mais complexas como os reflexos da LHAA na saúde de todos, objeto do estudo. Embora pareça se tratar simplesmente de falta de informação, deve ser levado em conta o fato de que muitas vezes a população está exposta a condições inadequadas de vida, com tantas questões para equacionar, tantos problemas a resolver, que a realização de ações preconizadas, tanto em saúde quanto em outros âmbitos fica impossibilitada. Tais fatos eram previsíveis, tendo em vista o atual formato de abordagem da saúde da população, que desconsidera o contexto da influência mútua entre a saúde dos seres humanos, demais espécies animais e do meio ambiente.

Ressalta-se a importância das políticas públicas promotoras da saúde que possibilitem aos cidadãos conquistarem uma vida saudável e de qualidade, com direitos assegurados favoreçam a construção de uma sociedade de fato sustentável, solidária e saudável, para que ps seres humanos e não humanos possam atingir seu pleno potencial de vida.

3.2. Reflexões sobre os achados a partir da perspectiva da Promoção da Saúde

As políticas públicas sociais refletem diretamente no contexto social das populações, envolvendo as áreas de saúde, assistência, habitação, educação, emprego, renda ou previdência. Desde a publicação da Carta de Ottawa, os cinco campos da promoção da saúde são utilizados como referenciais, e englobam a implementação de políticas públicas promotoras de saúde, a construção de ambientes saudáveis, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e a reorientação dos serviços de saúde.

3.2.1. Implementação de políticas públicas promotoras de saúde

A saúde representa o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, bem como um indicador de qualidade de vida. Elementos como paz, habitação, educação, alimentação, renda, estabilidade ecossistêmica, sustentabilidade de recursos, justiça social e equidade podem ser considerados meios ou recursos fundamentais para o estabelecimento da saúde, que deve ser considerada um recurso, e não um objetivo para a vida (OMS, 1986).

A promoção da saúde trata do processo de capacitação da sociedade, para que cada um possa atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. O alcance de um estado de completo bem-estar físico, mental e social depende da capacidade dos indivíduos e famílias para reconhecer aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente os ambientes natural, político e social (OMS, 1986; BUSS, 2010).

No Brasil são exercidas a Política Nacional de Promoção em Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), cujos princípios englobam a articulação do trabalho entre diferentes políticas públicas, visando à melhoria das circunstâncias para a promoção da saúde e do desenvolvimento das famílias, com base no conceito da intersectorialidade (BRASIL, 2004b, BRASIL, 2006; FAUSTINO, 2014; CAVALCANTI & CORDEIRO, 2015).

O antigo PSF, lançado como uma estratégia em termos de política pública centrado a família como foco (BRASIL, 1997b), previa ações que consideravam a possibilidade de detectar as vulnerabilidades nos domicílios e incrementar estratégias comunitárias para ampliar redes de apoio social, com atenção contínua e ativa, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos (GOMES & PEREIRA, 2005). No atual sistema implantado no país, a APS, são lançadas ações nos âmbitos individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde em todas as suas esferas. Distinguindo-se pelo oferecimento de serviços de prevenção, cura e reabilitação que visam à maximização da saúde e bem-estar da população, a APS encontra-se entre as agendas prioritárias do Ministério da Saúde do Brasil, sendo considerada o eixo estruturante e a porta de entrada do SUS para todas as demandas da comunidade, de modo a fornecer o melhor amparo aos usuários (BRASIL, 2017).

Esta execução de cuidados integrais com a saúde requer ações para promover a saúde, prevenir doenças e agravos e, uma vez de instalada a doença, tratar adequadamente os

doentes (BUSS, 2010). No município de Pinhais, consta no Caderno de Programação Anual de Saúde de 2019 como primeira diretriz de saúde a ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção primária e especializada, ambulatorial e hospitalar, e o acesso a medicamentos no âmbito do SUS (PINHAIS, 2019a).

O município apresenta uma grande demanda de serviços socioassistenciais ofertados pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), formada pelos departamentos de Proteção Social Básica, Proteção Social Especial, Assistência Judiciária e Cidadania, Administração e Gestão do SUAS, que tem como objetivo atender com qualidade as situações de vulnerabilidades da população pinhaiense. Segundo dados oficiais de 2010, o município apresentava 5.478 famílias em situação de pobreza, totalizando aproximadamente 15.707 pessoas. A população continha 99.181 pessoas em idade ativa e 61.598 pessoas economicamente ativas, e taxas de analfabetismo de 3,35% entre cidadão da faixa etária de 15 a 49 anos, e de 10,18% na população acima dos 50 anos de idade (IBGE, 2010). Em 2015, o total de famílias inscritas no Cadastro Único era de 14.415, dentre as quais 2.187 possuíam renda per capita familiar de até R\$ 77,00, 1.928 entre R\$ 77,00 e R\$ 154,00, 5.290 entre R\$ 154,00 e meio salário mínimo e 5.010 com renda per capita superior a meio salário mínimo. O Programa Bolsa Família beneficiou 3.255 famílias, representando uma cobertura de 73,8% da estimativa das famílias pobres no município. O valor total transferido pelo governo federal em benefícios às famílias atendidas alcançou R\$ 460.830,00. O Programa Leite das Crianças beneficiou em julho aproximadamente 649 crianças (PINHAIS, 2015).

A saúde pode ser tanto favorecida quanto prejudicada por questões políticas, econômicas, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicas (OMS, 1986), e tais indicadores demonstram que ainda há questões a serem aprimoradas para a melhoria das políticas públicas em diversas conjunturas socioeducacionais, com a abordagem das condições de saúde de cada localidade a fim de instituir as melhores políticas conforme as demandas.

Segundo o trabalho desenvolvido por Coelho e Savassi, mais conhecido como Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi, o risco social e de saúde das famílias vinculadas a uma eSF pode ser mensurado mediante o preenchimento deste instrumento de estratificação de risco familiar, que contém dados presentes na ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e outros dados presentes na rotina de trabalho dos ACS, mediante a constatação de sentinelas de risco durante a primeira visita domiciliar realizada a cada família. Esta ferramenta foi desenvolvida no município de Contagem, Minas Gerais, e reflete o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar (COELHO & SAVASSI, 2012; SAVASSI, LAGE & COELHO, 2012; BRASIL, 1998b; BRASIL, 2011). Os dados referidos como sentinelas de risco contam na Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (TABELA 15) são disponibilizados na ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), permanecendo disponíveis na rotina das equipes de saúde (MELO et al., 2013). Cada uma das sentinelas possui estipulado um valor relacionado ao escore de risco.

TABELA 15. Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi.

DADOS FICHA A (SENTINELAS DE RISCO)	DEFINIÇÕES DAS SENTINELAS DE RISCO	ESCORE DE RISCO
Acamado	Toda pessoa restrita ao seu domicílio, por falta de habilidade e/ou incapacidade de locomoção por si só a qualquer unidade de saúde.	3
Deficiência Física	Defeito ou condição física de longa duração ou permanente que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Deficiência Mental	Defeito ou condição mental de longa duração ou permanente que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Baixas Condições de Saneamento	Saneamento implica no controle dos fatores do meio físico do homem que podem exercer efeitos prejudiciais à sua saúde.	3
Desnutrição (Grave)	Percentil menor que 0,1 e peso muito baixo para a idade.	3
Drogadição	Utilização compulsiva de drogas lícitas ou ilícitas que apresentem potencial para causar dependência química (álcool, tabaco, benzodiazepínicos, barbitúricos, e drogas ilícitas).	2
Desemprego	Situação na qual a pessoa não esteja exercendo nenhuma ocupação (não incluir na avaliação férias, licenças ou afastamentos temporários). A realização de tarefas domésticas é considerada ocupação (trabalho doméstico), mesmo não remunerado.	2
Analfabetismo	Pessoa que, a partir da idade escolar, não sabe ler nem escrever no mínimo um bilhete, e/ou que sabe apenas assinar o nome.	1
Menor de 06 meses	Lactente com idade até 5 meses e 29 dias.	1
Maior de 70 anos	Toda pessoa com mais de 70 anos completos.	1
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mm Hg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não usam medicação anti-hipertensiva.	1
Diabetes <i>mellitus</i>	Grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos.	1
Relação Morador/Cômodo	Número de cômodos na residência dividido pelo número de moradores do domicílio. São considerados cômodos todos os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive banheiro e cozinha, separados por paredes, e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas, garagens e depósitos.	> 1 - 3 1 - 2 <1 - 1

Fonte: Coelho & Savassi (2012)

Para o cálculo do escore total, após a análise de todos os itens avaliados são somados os respectivos escores de risco, cujo resultado indicará e o grau de risco ao qual a família ou indivíduo em questão está exposto (TABELA 16).

TABELA 16. Cálculo do grau de risco familiar, conforme o escore oriundo da escala de risco familiar de Coelho-Savassi.

ESCORE TOTAL	GRAU DE RISCO FAMILIAR
5 ou 6	R1 – Risco menor
7 ou 8	R2 – Risco médio
Acima de 9	R3 – Risco máximo

Fonte: Coelho & Savassi (2012)

Estes instrumentos não foram utilizados no estudo, mas sugere-se sua implantação nas futuras abordagens, visto que permitem aos agentes de saúde desenvolver uma percepção mais aprimorada, objetiva e qualificada dos riscos aos quais as famílias estão expostas e que nem sempre estão explícitos para os membros das equipes de saúde, impactando de maneira positiva no trabalho em equipe, representando uma ferramenta útil no planejamento de ações na equipe, no aprimoramento da compreensão da inter-relação entre os condicionantes de risco e como instrumento de apoio nos diagnósticos (SAVASSI, LAGE & COELHO, 2012).

As situações observadas durante o estudo envolviam fatores de vulnerabilidade ambiental como a presença de terrenos baldios, casas abandonadas, ambientes sujos e água acumulada, situações de vulnerabilidades que diziam respeito a situações de desemprego, evasão escolar, falta de acesso ao alimento, necessidades especiais, adolescentes gestantes, pacientes acamados e portadores de doenças crônicas, dentre outras, e indícios de transtornos de acumulação e de maus-tratos contra animais. Todas estas questões precisam ser reconhecidas e tomadas como alvos nas políticas socioeconômicas, pois requerem apoio do poder público. Trata-se de indicadores de que o Estado precisa estar mais presente e atuante nestas duas regiões do município para equacionar as dificuldades que afetam a comunidade, trabalhando-se a questão da IHAA.

A degradação ambiental é citada como assídua condição ao surgimento das doenças emergentes, todavia, é subestimada em estratégias de políticas públicas, nas quais a terapêutica é tomada como prioridade à prevenção de doenças (SCHMIDT, 2007). Pode-se supor, deste modo, que o meio ambiente esteja relacionado aos eventos agudos e crônicos que acometem a população. O saneamento ambiental não tem, historicamente, recebido prioridade na formulação de políticas públicas e ações do setor privado da economia, sendo realizado de forma insuficiente ou deficiente e resultando em condições insatisfatórias. A falta de informação, educação sanitária e instituição de hábitos e práticas sanitárias e ambientais na rotina da população agrava a situação, tornando ainda piores suas condições de saúde, desequilíbrio ambiental e baixa qualidade de vida. É fundamental que seja instituída uma aliança entre o saneamento ambiental e a educação ambiental como uma tática para a abordagem e o desenvolvimento das questões de saúde pública e ambiental, pois caso contrário os programas e projetos não obtêm sucesso e não conseguem se sustentar

(RIBEIRO & GÜINTER, 2002; SOARES, BERNARDES & CORDEIRO NETTO, 2002; GELINSKI & SEIBEL, 2008).

O diagnóstico do risco familiar deve ser realizado considerando-se os valores sociais que o homem constrói e desconstrói em seu cotidiano, aspectos que se referem aos próprios indivíduos, mas que demandam ações do poder público. Também deve ser levado em conta que a ESF precisa priorizar a atenção às famílias de maior vulnerabilidade biológica e social (MELO et al., 2013). A promoção da saúde deve extrapolar, portanto, os cuidados de saúde, e inserir o tema na agenda de prioridades das políticas públicas em todos os níveis e setores.

3.2.2. Construção de ambientes saudáveis

A construção de ambientes saudáveis impacta diretamente na qualidade de vida da população, e os fatores de vulnerabilidade ambiental diagnosticados reforçam a necessidade de as políticas públicas seguirem nesta direção, a fim de atender às demandas da comunidade.

A forma como as pessoas se relacionam com os animais, bem como o excesso de animais por domicílio, podem configurar riscos à saúde de ambos (GARCIA, 2009). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 apontou que 44,3% dos domicílios do país possuem ao menos um cachorro, o equivalente a 52,2 milhões de cães em 28,9 milhões de unidades domiciliares, uma média de quase dois animais por domicílio em que há pelo menos um cão (IBGE, 2013). Estes índices mantêm o Brasil aquém apenas dos Estados Unidos no número de animais de estimação (ABINPET, 2013), e o município de Pinhais parece estar seguindo a mesma direção.

Talvez esta não seja a melhor forma de convivência com os animais, e as políticas públicas devem levar em conta todos estes quesitos para sinalizar à população a importância desta questão. Todos os fatores de vulnerabilidade ambientais, sociais e sanitários observados têm influência direta enquanto ação antrópica, e por isso o enfrentamento dos mesmos deve ser realizado com base na abordagem da IHAA e na Saúde Global, que têm como objetivo a redução dos danos e agravos gerados pelo desequilíbrio socioambiental. Este formato de abordagem pode ser considerado uma premissa para a construção de ambientes saudáveis e a promoção condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis, refletindo em melhoria da qualidade de vida e bem-estar coletivos. É importante ressaltar também que a proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais são requisitos essenciais a qualquer estratégia de promoção da saúde (OMS, 1986; SOARES, BERNARDES & CORDEIRO NETTO, 2002).

O contexto social dos dois territórios trabalhados no estudo apresentou diversas semelhanças, porém, cada qual possuía suas especificidades. Diversos problemas ambientais se apresentaram nos dois locais do estudo, entretanto, no território Ana Nery observou-se que todos os domicílios apresentaram ao menos um problema ambiental. Isto pode ser explicado pelo histórico de reassentamento de diversas famílias que viviam em áreas de risco ao bairro, trazendo consigo diversas questões de saúde que provavelmente já existiam no ambiente antigo e voltaram a se manifestar. Apesar da realocação, os ACS referiram problemas crônicos

na comunidade, gerados pela forma de viver das pessoas e que devem ser trabalhados, constituindo um desafio às equipes de saúde locais.

Por outro lado, os dois territórios apresentaram homogeneidade em diversas questões, tal como nos índices de moradores e de animais por domicílio, na existência de fatores de vulnerabilidades e até na ocorrência de maus-tratos. Isto demonstra a importância do conhecimento sobre o território, e a necessidade dos profissionais se apropriarem destas informações sobre os locais em que atuarão, buscando a melhor forma de abordagem.

As adversidades sociais, políticas e ambientais enfrentadas pela população mundial são as mais variadas, e todos os habitantes de nosso planeta estão relacionados a elas, cada um a seu modo, e também uns aos outros, embora muitos desconheçam tal fato. Pensando-se neste contexto, a Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento das Nações Unidas recomendou, em 1997, a criação de uma declaração universal sobre proteção ambiental e desenvolvimento sustentável na forma de uma carta, a fim de estabelecer os principais fundamentos do desenvolvimento sustentável. Após uma década de diálogo intercultural, em torno de objetivos comuns e valores compartilhados, o documento foi concluído e divulgado pela Comissão da Carta da Terra (BRASIL, 2000). No preâmbulo da referida carta consta:

“Estamos diante de um momento crítico na história da Terra, numa época em que a humanidade deve escolher o seu futuro. À medida que o mundo torna-se cada vez mais interdependente e frágil, o futuro enfrenta, ao mesmo tempo, grandes perigos e grandes promessas. Para seguir adiante, devemos reconhecer que, no meio da uma magnífica diversidade de culturas e formas de vida, somos uma família humana e uma comunidade terrestre com um destino comum. Devemos somar forças para gerar uma sociedade sustentável global baseada no respeito pela natureza, nos direitos humanos universais, na justiça econômica e numa cultura da paz. Para chegar a este propósito, é imperativo que nós, os povos da Terra, declaremos nossa responsabilidade uns para com os outros, com a grande comunidade da vida, e com as futuras gerações. (...) Os padrões dominantes de produção e consumo estão causando devastação ambiental, redução dos recursos e uma massiva extinção de espécies. Comunidades estão sendo arruinadas. Os benefícios do desenvolvimento não estão sendo divididos equitativamente e o fosso entre ricos e pobres está aumentando. A injustiça, a pobreza, a ignorância e os conflitos violentos têm aumentado e são causa de grande sofrimento. O crescimento sem precedentes da população humana tem sobrecarregado os sistemas ecológico e social. As bases da segurança global estão ameaçadas. Essas tendências são perigosas, mas não inevitáveis.”

Desde a divulgação da carta já se passaram vinte anos, e a situação pouco mudou. É inquestionável a importância do comprometimento de cada ser humano na melhoria das condições de vida de todos os habitantes do planeta e de seus recursos naturais.

Buscando a construção de um mundo sem guerras, baseado na solidificação da paz perene e da igualdade de direitos, o líder budista Dr. Daisaku Ikeda, presidente da Soka Gakkai Internacional, organização não governamental de criação de valores humanos presente em 192 países e territórios, envia anualmente à ONU, desde 1978, propostas para a criação de uma realidade melhor para todos. Consta em sua Proposta de Paz de 2018 (IKEDA, 2018):

“Reconhecemos que, em nenhuma outra época da história, a humanidade testemunhou tamanha justaposição de guerra e paz, discriminação e igualdade, pobreza e fartura como no século XX. O desenvolvimento da tecnologia militar, cada vez mais sofisticada e exemplificada pelas armas nucleares, criou uma situação em que a própria sobrevivência da espécie humana foi posta em risco. A realidade da violenta discriminação étnica e religiosa tem se apresentado num interminável ciclo de conflito. Se não bastasse, o egoísmo e a negligência do homem causaram, e continuam causando, problemas mundiais, como a degradação do meio ambiente. Também observamos que os abismos econômicos criados se intensificam entre as nações desenvolvidas e em desenvolvimento, com sérias repercussões para o futuro coletivo da humanidade.”

Como pode ser apurado nos dois documentos, os elementos relacionados aos hábitos humanos, particularmente à IHAA, influenciam de forma substancial na saúde, qualidade de vida e bem-estar coletivos, e a mudança dos arraigados paradigmas cabe a nós, humanos, que temos o poder de decisão e, portanto, responsabilidade com as demais espécies e com o meio ambiente. O desenvolvimento da empatia nos seres humanos é fundamental para que todos possam medir as consequências de seus atos e perceber que a melhoria das condições coletivas depende dos esforços de cada pessoa.

3.2.3. Reforço da ação comunitária

O reforço da ação comunitária permite que a comunidade assuma a sua parte das responsabilidades sociais, desde a reorganização de suas casas e seus ambientes familiares às questões coletivas, compreendendo como cada um pode colaborar com a organização em saúde nos ambientes comuns. Isso não significa, porém, que a população deva assumir as coisas, e sim que deve estar articulada para contribuir da melhor forma possível com a saúde coletiva, e para reivindicar junto ao poder público melhores condições de vida e tudo que é assegurado por direito sempre que necessário. Exemplos desta articulação social são as associações de moradores e os Conselhos de Saúde, que lutam pelos direitos de todo cidadão e pelo bem estar coletivo.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é um órgão de caráter permanente, deliberativo, consultivo e fiscalizador das ações e serviços de saúde no âmbito do município em consonância com os princípios do SUS, que atua na formulação, acompanhamento, controle e avaliação da política municipal de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e

financeiros. É composto por Conselheiros representando o segmento dos usuários do SUS, trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços. Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) são oito no município, divididos por regiões das USF, sendo da mesma forma representados (PINHAIS, 2019b).

A capacitação da comunidade é algo que deve ser estimulado e apoiado, considerando-se que o sucesso da ESF depende do vínculo existente entre os ACS e a população. A comunidade tem o importante papel social de colaborar com as diversas políticas públicas de saúde, de modo a fazê-las funcionar. Um exemplo são as campanhas de controle da dengue e de outras zoonoses, cuja prevenção, mediante o combate aos vetores deve ser efetivamente realizada pelos munícipes, ou serão inúteis os esforços do poder público.

Atingir a igualdade em saúde é um dos focos da promoção da saúde, cujas ações de objetivam a redução das diferenças e das iniquidades entre cidadãos e garantir oportunidades e recursos igualitários para que todos possam desenvolver plenamente seu potencial de saúde. Esta ação requer uma sólida base, incluindo ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades, além de oportunidade para fazer escolhas em prol de uma vida mais saudável. Segundo consta na Carta da Terra, não há como as pessoas, homens ou mulheres, realizarem completamente seu potencial de saúde se não possuírem capacidade de controlar os elementos determinantes de sua saúde (OMS, 1986).

As ações comunitárias concretas e efetivas são possibilitadas pelo empoderamento da comunidade, que passa a deter e controlar os próprios esforços e destino. O desenvolvimento das comunidades depende de seus recursos humanos e materiais para intensificar a autoajuda e o apoio social, e para desenvolver o reforço da participação dos cidadãos nos assuntos de saúde. Para atingir este objetivo, é necessário que haja acesso absoluto e permanente à informação e às oportunidades de aprendizado, bem como adequado apoio financeiro. O reforço da ação comunitária não significa que a população deva assumir todas as responsabilidades, e sim que deve estar articulada para reivindicar melhores condições de vida, do exercício de direitos, dentre outras necessidades. Todos esses pontos estão contidos na proposta elaborada há mais de três décadas, na Carta de Ottawa (OMS, 1986):

“A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros. Cuidado, holismo e ecologia são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde. Além disso, os envolvidos neste processo devem ter como guia o princípio de que em cada fase do planejamento, implementação e avaliação das atividades de promoção da saúde, homens e mulheres devem participar como parceiros iguais.”

3.2.4. Desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas

As políticas públicas devem assegurar o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas dos cidadãos, visando à criação de uma sociedade mais harmônica e justa para todos. Desde a chamada Reforma Sanitária, movimento em prol de melhorias na saúde, mas também nas condições de vida da população (AROUCA, 1998; BRASIL, 2007; ROUQUAYROL & SILVA, 2013; BRASIL, 2017), diversas conquistas fizeram parte da história da saúde, culminando na universalidade do direito à saúde e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), maior projeto de inclusão social da área (ROUQUAYROL & SILVA, 2013), que assegura a universalização, equidade e integralidade da atenção prestada a todos os cidadãos presentes no país, brasileiros ou estrangeiros (SILVA & DALMASO, 2002; MATTOS, 2004; PUETZENREITER, ZYLBETSZTAJN & AVILA-PIRES, 2004; ROUQUAYROL & SILVA, 2013). Embora apresente problemas, pode-se dizer que quase a totalidade destes se deva à gestão inadequada em determinadas situações e financiamento insuficiente dos recursos públicos a ele destinados, pois o projeto é tido como um modelo no mundo.

Dentro desse arquetipo, diversos são os projetos que têm como objetivo o fomento ao desenvolvimento de habilidades, a começar pela própria saúde. Projetos como o de atividade física voltado a idosos, embora pareçam simples, mudam a vida de muitos destes veteranos da comunidade que, incentivados pelos companheiros do bairro e pelos ACS, trocam a vida sedentária e solitária, resumida à ausência da família e permanência em casa, por encontros semanais nos quais cuidam da saúde se exercitando, conversando, trocando experiências e resgatando a alegria e motivação de viver. Da mesma forma, os serviços de amparo psicossocial auxiliam os cidadãos a vencer suas fraquezas e retomar a direção de sua vida. Outros exemplos são as oficinas comunitárias de artesanato, pintura, música e dança, que proporcionam aos munícipes novas sensações e oportunidades, e as ações comunitárias realizadas em escolas com o oferecimento de diversos serviços públicos aos moradores locais.

É essencial capacitar todas as pessoas para que mantenham vivo o processo de aprendizado durante toda a vida, com vistas ao preparo para enfrentar as diversas fases da vida e suas intempéries, incluindo, naturalmente, doenças e agravos. Esta empreitada deve ser desenvolvida em todos os espaços comunitários, como lares, escolas, locais de trabalho, com as ações realizadas pelo meio de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, além das instituições governamentais, adaptando-se às necessidades e possibilidades de cada localidade e considerando-se as peculiaridades de seus sistemas sociais, culturais e econômicos (OMS, 1986).

Junto às políticas públicas deve ser aplicada a educação em saúde, com vistas ao desenvolvimento da autonomia dos indivíduos para cuidar da própria saúde ou/e acessar o cuidado assistido. A comunidade necessita adquirir conhecimentos e conscientização para que seja possível instituir a organização e gestão da vida de indivíduos e coletividades e a promoção da saúde, envolvendo toda a população local nas ações de limpeza e organização dos domicílios e dos terrenos, e fomentando o respeito à natureza e uso adequado dos recursos disponíveis no ambiente.

3.2.5. Reorientação dos serviços de saúde

Diante das dificuldades enfrentadas no sistema público de saúde, torna-se necessário o planejamento de uma reorientação destes serviços e do seu processo de financiamento. Para atingir este objetivo, são requeridas políticas estruturantes que ajudem a construir um novo modelo de desenvolvimento para o Brasil, que possa garantir melhores condições de vida à população, incluindo o acesso a educação, saneamento, emprego formal e outros itens que proporcionem mudanças benéficas na situação de indivíduos, famílias e comunidades, e aos próprios profissionais da saúde, que muitas vezes enfrentam sobrecarga física e emocional em seu trabalho, prejudicando seu desempenho e qualidade de serviço.

A educação em saúde, por si só, não resolve tais questões. É função do poder público prover estas campanhas educativas, mas de forma conjunta com o desenvolvimento de políticas e implantação dos serviços necessários ao bem comum. O despreparo técnico de profissionais da saúde, incluindo os ACS, bem como a subexploração dos territórios e contexto social das famílias que ali residem seguem um fluxo contrário a estes pontos. A ausência de referencial teórico incorre em incapacitação para detectar indícios de vulnerabilidades e de diferentes problemas sanitários, por exemplo, culminando na resolução insuficiente das demandas, podendo incorrer em subnotificações e inverdades nos relatórios de saúde.

As políticas públicas promotoras de saúde devem extrapolar o setor da saúde, incluindo todas as demandas que não se consegue resolver nesta esfera. Considerar a IHAA na abordagem da saúde da população é fundamental para que se possa construir uma visão mais crítica e holística dos determinantes sociais da saúde. A questão social do desemprego, por exemplo, limita o acesso à renda, impossibilitando ao cidadão prover as necessidades de sua família, incluindo os animais de estimação, culminando num efeito cascata na saúde coletiva. A desordenada ação antrópica, por sua vez, gera consequências tais como o aumento populacional, o desmatamento, a ocupação de áreas naturais, a urbanização desregrada e a exclusão social, que desestruturam o meio em que todos convivem e viabilizam o contato com agentes patógenos, favorecendo o surgimento de doenças emergentes e reemergentes.

Estes dois conceitos são abordados pela ciência de forma unificada, entretanto, devem ser analisados separadamente, pois contêm diferenças teóricas e práticas. As doenças emergentes representam novas conjunturas, que requerem intervenções distintas das usuais, ao passo que as reemergentes, já conhecidas, exigem controle e ações políticas previamente determinadas. As patologias infecciosas e parasitárias, por exemplo, têm recebido bastante destaque com o avanço da ciência, uma vez que representam mais que um problema de saúde pública, tendo se tornado um grande desafio de ordem socioeconômica, dado seu grande impacto em regiões menos desenvolvidas (SCHMIDT, 2007).

O trabalho realizado por equipes multiprofissionais, que reúnem conhecimentos de diferentes áreas, auxilia na orientação às práticas de prevenção da saúde, respeitando-se as características de cada comunidade. O uso de ferramentas úteis ao planejamento de ações na equipe, como a escala de risco familiar desenvolvida por Savassi & Coelho (2012), auxiliam no aprimoramento da compreensão da inter-relação entre os condicionantes de risco e servem de

apoio nos diagnósticos situacionais, para que se possa, então, elaborar as estratégias mais adequadas para o enfrentamento de cada caso.

A atuação na saúde coletiva exige profissionais preparados, com uma visão ampla das circunstâncias que envolvem a saúde das pessoas e a sua interface com os animais e o meio ambiente (SCHMIDT, 2007). A elaboração de proposituras de reorientação do sistema visa ao fomento da exploração de todo o potencial das equipes de saúde, sendo, para tanto, necessário investir em sua saúde e capacitação e fornecer condições de trabalho que permitam o desenvolvimento mútuo.

3.3. Contribuições da Medicina Veterinária à Promoção da Saúde

Com base nessa premissa das equipes multiprofissionais, a medicina veterinária pode fornecer valiosas contribuições à ESF, auxiliando na prevenção e na promoção da saúde e do bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades (ARAÚJO, 2013). Estes profissionais são capacitados para atuar em diversas áreas, todas tendo relação direta com a saúde humana (OMS, 1951; PUETZENREITER, ZYLBETSZTAJN & AVILA-PIRES, 2004). O desenvolvimento de trabalhos na vigilância em saúde, na prevenção das doenças transmissíveis e controle de qualidade de alimentos, na promoção da saúde e na proteção da vida e do bem-estar humano, bem como em situações de desastres naturais e contaminações ambientais (CONRAD et al., 2009) desmistifica o paradigma do profissional da área de Ciências Agrárias, exclusivamente dedicado ao atendimento de animais (BRASIL, 1997a; PUETZENREITER, ZYLBETSZTAJN & AVILA-PIRES, 2004; BÜRGER, 2010; GOMES et al., 2016; ANJOS et al., 2013). Grande parte da população, e mesmo da própria classe, entretanto, ainda desconhece a ampla gama de atividades desempenhadas por estes profissionais, sobretudo no campo da saúde pública (INDÁ, MORITZ & BERNARDINI, 2013).

A profissão de médico veterinário foi criada no Brasil em 1918 e regulamentada pelo decreto-lei nº 23.133, de 09 de setembro de 1933 (BRASIL, 1933). A Organização Mundial de Saúde criou, em 1946, a Saúde Pública Veterinária (SPV), definindo novas áreas de atuação para os médicos veterinários, com atribuições na prevenção da doença, proteção da vida, promoção do bem-estar e eficiência do ser humano (OMS, 1946; OMS, 1975; OMS, 2005; PUETZENREITER, ZYLBETSZTAJN & AVILA-PIRES, 2004). A OMS reconhece, portanto, a atuação destes profissionais no âmbito da saúde pública (OMS, 1957), enfatizando que seus conhecimentos de biologia e epidemiologia das zoonoses são essenciais ao planejamento, execução e avaliação de qualquer programa de prevenção, controle ou erradicação adotado em políticas públicas de saúde (ARMELIN & CUNHA, 2016). No Brasil, entretanto, isto ocorreu somente quatro décadas depois, por meio da Resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde brasileiro (CNS/MS), que reconheceu os médicos veterinários como profissionais de saúde de nível superior (BRASIL, 1997a).

O papel médico veterinário na saúde pública tem sido mais debatido após a criação da Comissão Nacional de Saúde Pública Veterinária do Conselho Federal de Medicina Veterinária (CNSPV/CFMV) e a Associação Brasileira de Saúde Pública Veterinária (ABSPV) em 2005

(BRASIL, 1997a; SCHWABE, 1984; SVOBODA & JAVOROUSKI, 2011; BARBOSA, 2014; TONIN & DEL CARLO, 2016). Mais recentemente os médicos veterinários passaram a ocupar um espaço mais significativo na Atenção Básica, a partir de sua inserção, em 2011, nas equipes multiprofissionais que compõem os NASF-AB (CNSPV, 2009; BRASIL, 2011). As equipes atuam de forma integrada e oferecem substancial apoio à ESF, expandindo o alcance e a eficácia das ações desenvolvidas na atenção básica à saúde da população, ajudando a suprir a elevada demanda do SUS (BRASIL, 2008).

Desde a sua inserção nas equipes, e ante a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica para o SUS, a atuação médica veterinária possibilita que se analise de forma conjunta a saúde dos animais, dos seres humanos e do ambiente (BRASIL, 2011) contribuindo com a resolução das questões epidemiológicas e de vigilância sanitária e ambiental, com base na discussão de casos específicos para os quais não se obteve resolução com a abordagem normal. Este enfoque mais amplo tem o potencial de impedir o surgimento dos diversos tipos de enfermidades com base em ações simples de proteção básica à saúde (OMS, 1957; BRITES NETO, 2006; TONIN & DEL CARLO, 2016), melhorando a qualidade de vida e reduzindo significativamente os custos com tratamentos e medicações de patologias já instaladas, além de coibir o uso indiscriminado de medicamentos (OMS, 1957; BRITES NETO, 2006; BRASIL, 2011; ARAÚJO, 2013; BARBOSA, 2014; NOGUEIRA, 2018).

Até o ano de 2016, havia no Brasil 114 médicos veterinários inseridos nos NASF-AB, distribuídos em 19 Estados, sendo um em Acre, Goiás, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Sergipe, e Tocantins, três em Santa Catarina, quatro no Rio Grande do Sul, cinco no Ceará, seis no Pará e na Paraíba, sete na Bahia e no Paraná, nove em Pernambuco e em São Paulo, dez no Rio Grande do Norte, 11 no Piauí, 12 em Minas Gerais e 19 no Maranhão. O Rio Grande do Sul foi o primeiro estado brasileiro a incluir este profissional nas equipes (CNSPV, 2009). Na competência de dezembro de 2018, segundo dados informados pelo Ministério da Saúde, no quantitativo de equipes NASF-AB havia 164 médicos veterinários cadastrados e 168 vínculos profissionais nos NASF-AB, pelo fato de, em algumas situações, o mesmo profissional estar cadastrado a duas equipes diferentes, gerando dois vínculos. E em relação à cobertura, as equipes atuavam em 4097 municípios, ou seja, 73,55% dos municípios brasileiros possuíam NASF-AB (BRASIL, 2018).

O município de Pinhais conta com oito médicas veterinárias, sendo duas atuantes na Seção de Controle de Zoonoses (SECZO), quatro nas seções de Seção de Defesa Animal (SEDEA) e Seção de Manejo Populacional (SEMAP) da Divisão de Bem-estar Animal (DIBEA) da Secretaria de Meio Ambiente, sendo duas em regime estatutário e duas em regime comissionado, uma na Seção de Alimentos e uma no Departamento de Agricultura e Abastecimento (PINHAIS, 2019c). Entretanto, ainda não houve contratação de médico veterinário para compor a equipe multiprofissional do NASF-AB, e a falta deste profissional provavelmente repercute na subnotificação de patologias e agravos envolvendo a IHAA, visto que as eSF não recebem capacitação neste âmbito.

A Organização Mundial de Saúde Animal (OIE) estima que dentre as 1470 doenças infecciosas humanas conhecidas, 60% tenham sua origem em animais, domésticos ou

selvagens, as chamadas zoonoses, tais como Leishmaniose, Raiva, Leptospirose, Tuberculose, Brucelose, Dengue e Febre Amarela, dentre outras, constituindo um dos principais desafios impostos à classe. Além disso, 75% das patologias emergentes e 80% dos patógenos de potencial bioterrorista são de origem animal. Estima-se que cerca de 350 patógenos emergiram nas últimas seis décadas, com média de cinco a cada ano (BARROS et al., 2015). Por conta disso, os médicos veterinários são habilitados para abordar uma gama de doenças que atingem os seres humanos e os animais (BARBOSA, 2014; GOMES et al., 2016), e grande parte da população não tem acesso a esse tipo de informação, necessitando, portando, de um profissional que a oriente (MAROSO, 2006; BARBOSA, 2014).

Percebe-se um crescimento contínuo das famílias multiespécies, com animais de companhia inseridos no contexto familiar, e essa influência mútua pode gerar tanto benefícios quanto riscos à saúde humana (GARCIA, 2009). A direta relação existente entre médicos veterinários e os animais por eles atendidos, seus tutores e o meio em todos convivem permite que realizem um apurado diagnóstico da IHAA, podendo elucidar a existência de fatores de vulnerabilidade ambientais, sanitários e até mesmo sociais, contribuindo com os serviços desenvolvidos na APS e auxiliando as populações humanas a enfrentarem seus principais desafios (PUETZENREITER, ZYLBETSZTAJN & AVILA-PIRES, 2004). O acesso destes profissionais aos ambientes familiares fornece amplas oportunidades para determinar os elementos sociais que caracterizam a condição de vulnerabilidade familiar (INDÁ, MORITZ & BERNARDINI, 2013), desempenhando um importante papel social na coibição do ciclo de violência, por exemplo. Segundo a Teoria do Elo, os atos de maus-tratos contra animais podem ser indicadores de violência na sociedade (ARKOW & GULLONE, 2012), e o estreito contato destes profissionais com as vítimas humanas de abuso, através do atendimento dos animais agredidos, permite que detectem sinais e denunciem às autoridades os casos suspeitos de abuso humano ou animal (BALDRY, 2005; LOCKWOOD & ARKOW, 2016).

A abordagem conjunta de questões sanitárias, sociais e ambientais requer aprimoramento contínuo destes profissionais. O Departamento de Medicina Veterinária e o Hospital Veterinário, localizados no Setor de Ciências Agrárias do campus Curitiba da UFPR, oferecem, desde 2011, a Residência em Medicina Veterinária do Coletivo, uma das opções de pós-graduação *lato sensu* do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde em Medicina Veterinária. Os residentes atuam diretamente na saúde pública, desenvolvendo projetos para o enfrentamento dos agravos que envolvem a interface das saúdes humana, animal e ambiental, buscando estabelecer o equilíbrio entre elas. Trata-se de uma proposta pioneira e bastante promissora, uma vez que nos cursos de Medicina Veterinária do Brasil não há disciplinas embasadas na Saúde Global (GARCIA & MALDONADO, 2009).

A dificuldade de compreensão, por parte dos gestores e demais profissionais da área da saúde, bem como dos próprios munícipes, sobre a relevância da medicina veterinária nos âmbitos da saúde humana e ambiental foi um desafio enfrentado na realização do estudo. Houve muitos questionamentos sobre o porquê de médicos veterinários acompanharem visitas domiciliares à população, e muitas vezes se ouviu a frase “*não temos animais em casa*”. Os

próprios ACS, no início do trabalho, achavam que as médicas veterinárias só os acompanhariam às casas em que havia animais.

O desconhecimento da contribuição da medicina veterinária para a saúde coletiva, presente no desenvolvimento cotidiano dos serviços das duas unidades de saúde, contribuiu para algumas limitações apresentadas pelo levantamento de dados para o presente estudo. O trabalho também apresentou algumas limitações, tais como o tamanho das amostras, visto que as médicas veterinárias se limitaram a coletar dados apenas nos domicílios em que os ACS planejavam visitar. Foi notório que muitos apenas cumpriam as metas estabelecidas, sem cadastrar novos domicílios, o que enriqueceria tanto os resultados do presente estudo quanto a prestação de serviços de saúde à comunidade. Outra intempérie observada foi a falta de capacitação destes profissionais, que pareciam desconhecer toda a potencialidade de sua função, restringindo-se a atualizar as informações dos usuários do sistema de saúde. A carência de motivação no trabalho e a dificuldade para trabalhar em equipe demonstrada por alguns deles, aliadas às intempéries climáticas enfrentadas durante o trabalho, foram consideradas entraves à expansão do atendimento às demandas.

Ficaram evidentes algumas deficiências nos itens selecionados para compor a ficha de diagnóstico da IHAA, gerando lacunas entre os dados coletados. Faltaram elementos essenciais à saúde pública, tais como informações sobre mosquitos, separação e destinação do lixo doméstico, tipo de moradia (própria, cedida ou alugada), cobertura por rede de água e esgoto, idade de todos os moradores, uso de medicamentos, histórico de patologias humanas e veterinárias, histórico de imunização e vermifugação dos animais domésticos, origem destes (compra ou adoção), dentre outros. Foi muito importante elucidar as carências contidas no material, pois desta forma será possível aprimorar a ficha de diagnóstico da IHAA para a realização de futuros estudos.

Durante a estadia na USF as médicas veterinárias também tiveram a oportunidade de realizar outras atividades, além do acompanhamento das visitas domiciliares dos ACS. Puderam acompanhar também as eSF nas visitas a puérperas e pacientes acamados, as reuniões de equipe e os programas de atividade física para idosos, de gestantes e de apoio psicológico, além de ajudar nas campanhas de pesagens de crianças participantes do PLC. Também foi possibilitado realizar palestras aos profissionais da saúde das USF, abordando temas como o papel do médico veterinário na saúde humana, no NASF-AB e na Atenção Básica e a problemática ambiental do lixo, e aos usuários das unidades, abordando temas como zoonoses e guarda responsável. Apesar das limitações, todas as experiências foram extremamente enriquecedoras e contribuíram com a educação em saúde na comunidade, orientando os munícipes sobre a importância da IHAA e da saúde preventiva e mostrando que o papel social dos médicos veterinários vai muito além de simplesmente cuidar de animais.

Há médicos veterinários residentes em Saúde Coletiva na UFPR, porém esta classe profissional ainda não está inserida no NASF-AB da capital, Curitiba, tampouco no município de Pinhais/PR, local do estudo, o que demonstra a urgente necessidade de revisão de prioridades destes municípios, visando à contratação de todos os profissionais necessários às equipes multiprofissionais, essenciais à comunidade. O fomento à realização de palestras educativas

em escolas, propagando o tema à sociedade desde a idade estudantil, estendendo-o à comunidade e aos profissionais da saúde, é uma das estratégias que podem ser aplicadas para ampliar a colaboração da Medicina Veterinária à saúde pública. Da mesma forma, a ampliação gradativa das abordagens em saúde realizadas com base no conceito da Saúde Global é fundamental para que cada vez mais se invista em saúde preventiva e diagnósticos assertivos, reduzindo custos com atendimentos e tratamentos isolados e melhorando, por conseguinte, a qualidade de vida de todas as populações.

3.4. Conclusões

A promoção da saúde é um processo multifatorial, que não se limita à prevenção e tratamento de doenças e depende do envolvimento de indivíduos, comunidades, profissionais e instituições de saúde e dos governos, com compartilhamento de responsabilidade, de forma que todos trabalhem juntos por um bem comum, num sistema que favoreça a construção de uma sociedade de fato sustentável, solidária e saudável. A intrínseca relação entre condições e qualidade de vida e saúde remete ao conceito de Saúde Global e, considerando-se que condicionantes sociais, ambientais e políticos, dentre outros, podem interferir na qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades, torna-se cada vez mais clara a importância do entendimento da IHA e de uma visão mais abrangente para a promoção da saúde. O enfrentamento intersetorial e interdisciplinar das demandas permite que os usuários do sistema de saúde sejam avaliados de forma conjunta com seu ambiente, reduzindo a incidência de diagnósticos incorretos e a exposição dos contactantes aos mesmos riscos, refletindo, desta forma, na melhoria das condições de vida de todos.

Ficou evidente a necessidade de estabelecer o fortalecimento dos serviços de saúde do município, com a contratação de todos os profissionais requeridos e o estabelecimento de habilitação generalizada e linguagem e metodologia padronizadas, num trabalho efetivamente realizado de forma contígua, aumentando-se a integração e o diálogo entre os servidores da área, que trabalham por um objetivo comum. É preciso clarear a importância da função exercida em cada cargo no resultado, que deve ser fruto do esforço conjunto. As políticas públicas sociais devem trabalhar com afinco as áreas de saúde, assistência, habitação, educação e emprego, e a intersetorialidade permite realizar uma ampla abordagem dos desafios encontrados, com integração entre instituições públicas e privadas, junção do conhecimento de diferentes profissionais e participação da comunidade. Para que possam atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e famílias devem ser capazes de identificar aspirações, satisfazer necessidades e transformar favoravelmente os ambientes natural, político e social. A Declaração Universal dos Direitos Humanos é o embasamento para o desenvolvimento dos âmbitos social, econômico e pessoal, assegurando o direito à saúde, liberdade, alimentação, educação, segurança e nacionalidade, dentre outros. É um dever dos gestores de cada município assegurar que tais direitos sejam respeitados e aplicados, e suas populações têm a missão de participar das gestões públicas e assegurar o cumprimento destas medidas, visando ao bem-estar global.

REFERÊNCIAS

ANJOS, C. B.; NETO, A. B. F.; PEREIRA, L. R. M.; VALLANDRO, M. J.; LUCENA, R. F. Um Mundo, Uma Saúde. Revista CFMV, n. 60, p. 70-74. 2013.

ARAÚJO, M. M. Inserção do médico veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: estudos, perspectivas e propostas [Tese]. Jaboticabal (SP): Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2013.

ARMELIN, N. T.; CUNHA, J. R. A. O papel e a importância do médico veterinário no sistema único de saúde: uma análise à luz do direito sanitário. Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. v. 5, n. 1, p. 60-77. 2016.

BARBOSA, D. S. A inserção do Médico Veterinário nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): novos caminhos de atuação na Saúde Pública. Journal of Management & Primary Health Care, v.1, n.5. 2014.

BRASIL. Decreto nº 23.133, de 09 de Setembro de 1933. Regula o exercício da profissão veterinária no Brasil e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília. 1933.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 218, de 06 de março de 1997. Reconhece Médicos Veterinários como profissionais de saúde de nível superior. Diário Oficial da União. Brasília. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. 1997b.

BRASIL. Decreto Presidencial de 13 de março de 2006. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/GM, de 24 de Janeiro de 2008. Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Poder Legislativo. Brasília. 2008.

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. Brasília. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Eletrônico de Informação ao Cidadão (e-SIC). 2018.

BRITES NETO, J. O Papel do Médico Veterinário no Controle da Saúde Pública. Saúde Animal. Campinas. 2006. [acesso em 15/04/2018]. Disponível em: <http://www.saudeanimal.com.br/1413/geral/diversos/o-papel-do-med-saude-publica>.

BÜRGER, K. P. O ensino de saúde pública veterinária nos cursos de graduação em Medicina Veterinária do Estado de São Paulo. 2010.

CNSPV – Comissão Nacional de Saúde Pública Veterinária. O médico veterinário, a estratégia de saúde da família e o NASF. Revista CFMV, v. 15, n. 48, p. 9-14. 2009.

CONRAD, P. A.; MAZET, J. A.; CLIFFORD, D.; SCOTT, C.; WILKES, M. Evolution of a transdisciplinary “One Medicine-One Health” approach to global health education at the University of California, Davis. *Prev. Vet. Med.*, v. 92, n. 4, p. 268-274. 2009.

GARCIA, R. C. M. MALDONADO N. A. C. Medicina Veterinária do Coletivo: Um novo desafio para os veterinários. Rev. Clín. Vet., Ano XIV, n. 82, set./out. 2009.

GOMES, L. B.; SILVA, S. C. P. F.; NUNES, V. F. P.; LANZETTA, V. A. S. Saúde Única e Atuação do Médico Veterinário do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). In: Cadernos Técnicos da Escola de Veterinária e Zootecnia da UFMG. 2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). 2013. [Acesso: 15 de junho de 2018]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm>

IKEDA, D. Rumo à era dos direitos humanos: construindo um movimento popular. In: Proposta de Paz 2018. 56p. Revista Terceira Civilização. Editora Brasil Seikyo. São Paulo. 2018.

INDÁ, F. M. C.; MORITZ, G. O.; BERNARDINI, I. S. Análise da Viabilidade de Inserção do Médico Veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Município de Florianópolis. Coleção Gestão da Saúde Pública, v. 8. 2013.

MAROSO, J. A. A inserção do médico veterinário no Sistema Único de Saúde (SUS). Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Porto Alegre (RS): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Escola de Saúde do Rio Grande do Sul. 36p. 2006.

NOGUEIRA, C. S. L. A importância da inclusão do médico veterinário nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF [Dissertação]. Jaboticabal (SP): Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Preâmbulo do Constituição da Organização Mundial da Saúde. Conferência Internacional da Saúde. Nova Iorque. 1946.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Grupo consultivo sobre veterinária de saúde pública. Genebra. 30p. 1957.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Estudos agrícolas da FAO. A contribuição veterinária para a prática de saúde pública: relatório de um Comitê Conjunto de Especialistas da FAO/OMS em Saúde Pública Veterinária. Genebra. 79p. 1975.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Técnico Série 913. Genebra. 2005.

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Programação Anual de Saúde 2019. 36p. 2019a.

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. 2019b. [Acesso em 20/02/2019]. Disponível: <https://pinhais.atende.net/?pg=subportal&chave=15#>

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Secretaria de Meio Ambiente. Departamento de Defesa Animal. Seção de Defesa e Proteção Animal. 2019c. [Acesso em 12 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <https://pinhais.atende.net/?pg=subportal&chave=100>.

PUETZENREITER, M. R.; ZYLBETSZTAJN, A.; AVILA-PIRES, F. D. Evolução histórica da medicina veterinária preventiva e pública. Ciência Rural, v. 34, n. 5, p. 1661-1668. 2004.
SCHWABE, C. W. Veterinary medicine and human health. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 680p. 1984.

SOARES, S. R. A.; BERNARDES, R. S.; CORDEIRO NETTO, O. M. Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento. Cadernos de Saúde Pública, v. 18, n. 6, p. 1713-1724. Rio de Janeiro. 2002.

TONIN, F.; DEL CARLO, R. J. Tem Médico Veterinário na Saúde da Família. Revista CFMV, n. 69, p. 20-25. Brasília DF. 2016.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da IHAA permite caracterizar diversos elementos que influenciam diretamente a saúde da população, mas são negligenciados pela abordagem tradicional do atual sistema sanitário, que considera apenas o indivíduo, de forma pontual, sem incluir as circunstâncias em que vive, contrariando o arquétipo da Saúde Global e se mantendo muito aquém da potencialidade de um efetivo sistema público de saúde. O diagnóstico da IHAA deve ser levado em conta nas políticas públicas, visto que a influência mútua repercute na saúde coletiva. Os resultados do estudo apontaram correlação entre fatores de vulnerabilidade econômicos, sociais e ambientais, fragilidades que repercutem negativamente na saúde dos cidadãos. A coocorrência de condicionantes de risco gera um círculo vicioso, no qual indivíduos vulneráveis tendem a descuidar do ambiente, e ambientes inóspitos, por sua vez, desencadeiam o surgimento de doenças.

O enfrentamento destas situações requer políticas públicas voltadas à Saúde Global, a promoção da saúde humana, dos demais animais e do meio ambiente. A promoção da Saúde Global gera um efeito cascata positivo: promovendo-se melhoria das condições de trabalho, capacitação e motivação dos profissionais da área da saúde, estes se tornam aptos a atuar de forma ampla junto à comunidade, correlacionando as condições de vida das famílias à coexistência das doenças e agravos que lhes acometem. Com esta compreensão, conseguem promovendo a educação em saúde junto aos usuários do SUS e conscientizá-los sobre seu papel na promoção da própria individual e coletiva. E esta conscientização comunitária, por sua vez, empodera os cidadãos a conhecerem seus direitos e responsabilidades, instigando-os a mudar suas atitudes e contribuir com a preservação do meio ambiente e dos recursos naturais, indispensáveis à vida. Paralelamente, o desenvolvimento e gestão pública dos programas ambientais, educacionais, sociais e sanitários contribuem para a promoção conjunta da saúde.

Para que haja sucesso na efetivação da promoção da saúde, portanto, deve haver envolvimento de indivíduos, famílias, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições privadas e governos, com compartilhamento de responsabilidade, de forma que todos trabalhem juntos para criar um sistema com elevado nível de saúde. Para que possam ser implantadas reorientações nos serviços de saúde são requeridas mais pesquisas em saúde, além de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde, o que requer transformação de atitudes e de organização dos serviços, focalizando as amplas necessidades do indivíduo. Finalmente, deve-se mais uma vez dar destaque à importância fundamental e estratégica das políticas públicas promotoras da saúde, que em geral são externas ao setor saúde, mas que têm como foco a promoção das condições adequadas e justas de vida que possibilitem aos cidadãos uma vida de qualidade com atendimento a todos os seus direitos e que assim favorecem a construção de uma sociedade de fato sustentável, solidária e saudável.

Considerando-se a potencialidade da compreensão da interação humano-animal-ambiente na promoção da saúde, espera-se que o presente estudo possa fomentar a realização de novas pesquisas e contribuir com a consolidação do conceito de Saúde Global nas políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ABINPET. Associação Brasileira da Indústria de Produtos para Animais de Estimação. 2013.

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

ALENCAR, M. M. M. Reciclagem de lixo numa escola pública do município de Salvador. Candombá. Revista Virtual, v. 1, n. 2, p. 96-113. 2005.

ALMEIDA, G. L.; PONTES, H. H. S. Disposofobia: a função existencial de acumular. Caderno de Ciências Biológicas e da Saúde, n. 4. Boa Vista. 2014.

ANJOS, C. B.; NETO, A. B. F.; PEREIRA, L. R. M.; VALLANDRO, M. J.; LUCENA, R. F. Um Mundo, Uma Saúde. Revista CFMV, n. 60, p. 70-74. 2013.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, n. 21, v. 5, p. 1499-1509. 2016.

ARAÚJO, M. M. Inserção do médico veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: estudos, perspectivas e propostas [Tese]. Jaboticabal (SP): Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2013.

ARMELIN, N. T.; CUNHA, J. R. A. O papel e a importância do médico veterinário no sistema único de saúde: uma análise à luz do direito sanitário. Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. v. 5, n. 1, p. 60-77. 2016.

AROUCA, S. Reforma Sanitária. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 1998.

ASCIONE, F. R.; WEBER, C. V.; THOMPSON, T. M.; HEATH, J.; MARUYAMA, M.; HAYASHI, K. Battered pets and domestic violence: animal abuse reported by women experiencing intimate violence and by nonabused women. Violence against women, v. 13, n. 4, p. 354-373. 2007.

AZEREDO, C. M.; COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; MAIA, T. M.; MARQUES, E. S. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 3, p. 743-753. Rio de Janeiro. 2007.

BALDRY, A. C. Animal abuse among preadolescents directly and indirectly victimized at school and at home. Criminal Behaviour and Mental Health, v. 15, n. 2, p. 97-110. 2005.

BAQUERO, O. S.; MARCONCIN, S. A.; ROCHA, A.; GARCIA, R. C. M. Companion animal demography and population management in Pinhais, Brazil. Preventive Veterinary Medicine, n. 158, p. 169-177. 2018.

BAQUERO, O. S.; CHIOZZOTTO, E. N.; GARCIA, R. C. M.; AMAKU, M.; FERREIRA, F. Abandonment of Dogs and Cats: Public Opinions as Population Management Indicators. J. Appl. Anim. Welf. Sci., v. 26, p. 1-7. 2017.

BARBOSA, A. D.; MARTINS, N. R. S.; MAGALHÃES, D. F. Zoonoses e saúde pública: riscos da proximidade humana com a fauna silvestre. Ciência Veterinária nos Trópicos, v. 14, n. 1/2/3, p. 1-9. Recife. 2011.

BARBOSA, D. S. A inserção do Médico Veterinário nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): novos caminhos de atuação na Saúde Pública. Journal of Management & Primary Health Care, v.1, n.5. 2014.

- BARRERO, S. M. A vulnerabilidade na família como determinante de maus-tratos aos animais de companhia. Dissertação de Mestrado em Ciências Veterinárias. 180p. Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 2017.
- BARROS, J. O.; GONÇALVES, R. M. A.; KALTNER, R. P.; LANCMAN, S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 9, p. 2847-2856. Rio de Janeiro. 2015.
- BARROS, R. P.; HENRIQUES, R.; MENDONÇA, R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 15, n. 42, p. 123-142. 2000
- BECK, A. M. KARTCHER, A. H. Pets are family. In: BECK, A. M. KARTCHER, A. H. *Between pets and people: the importance of animal companionship*. Indiana: Purdue University Press, p. 40-62. 1996.
- BOKKERS, E. A. M. Effects of interaction between humans and domesticated animals. In: HASSINK, J.; VAN DIJK, M. *Farming for health*. Wageningen: Holanda, cap. 3, p. 31-41. 2006.
- BORDIGNON, J. S.; SILVEIRA, C. C. S.; DELVIVO, E. M.; ARAÚJO, C. P.; LASTA, L. D.; WEILLER, T. H. Adultos em situação de rua: acesso aos serviços de saúde e constante busca pela ressocialização. *Revista Contexto & Saúde*, v. 10, n. 20, p. 629-634. Ijuí. 2011.
- BRANDESPIM, D. F. Check-list Ambiental. Programa Pet Saúde. Garanhuns, PE. 2016.
- BRASIL. Decreto nº 23.133, de 09 de Setembro de 1933. Regula o exercício da profissão veterinária no Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília. 1933.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 20 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Legislativo*, Brasília. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação qualitativa do PACS. Brasília: Fundação Nacional de Saúde. Brasília. 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. PACS: normas e diretrizes. Brasília: Fundação Nacional de Saúde. Brasília. 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. 1997.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 218, de 06 de março de 1997. Reconhece Médicos Veterinários como profissionais de saúde de nível superior. *Diário Oficial da União*. Brasília. 1997.
- BRASIL. Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília. 1998.
- BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Responsabilidade Socioambiental: Agenda 21. Carta da Terra. 2000. [Acesso em 11/11/2018]. Disponível: <http://www.mma.gov.br/responsabilidade-socioambiental/agenda-21/carta-da-terra>
- BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. 60p. Brasília. 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. Brasília. 2004.

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

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

BRASIL. Decreto Presidencial de 13 de março de 2006. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. Brasília. 2006.

BRASIL. Instrução Normativa IBAMA. nº 141, de 19 de dezembro de 2006. Regulamenta o controle e o manejo ambiental da fauna sinantrópica nociva. Brasília. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Sistema Único de Saúde. Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS. CONASS/DF. 291p. Brasília. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/GM, de 24 de Janeiro de 2008. Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Poder Legislativo. Brasília. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Zoonoses. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 22. 229p. Brasília. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 444p. Brasília. 2010.

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. Brasília. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. 2ª Versão. 29p. Brasília. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. Brasília. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124/GM, de 28 de dezembro de 2012. 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, Poder Legislativo. Brasília. 2012.

BRASIL. Lei nº 12.796, de 04 de abril de 2013. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para dispor sobre a formação dos profissionais da educação e dar outras providências. Diário Oficial da União. Brasília. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Situação epidemiológica de Leptospirose. 2016. [Acesso em 14/12/2018]. Disponível: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacaoepidemiologica-dados>.

BRASIL. Corregedoria Nacional do Ministério Público. Brasília. 2017. [Acesso em 15/12/2018]. Disponível: <http://www.cnmp.mp.br/portal/institucional/corregedoria/carta-de-brasilia>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Eletrônico de Informação ao Cidadão (e-SIC). 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricionais (SISVAN). 2019.

BREILH, J. Epidemiologia crítica: ciência emancipatória e interculturalidade. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2006.

BREILH, J. Epidemiologia nueva: construcción intercultural de otro paradigma de la ciencia. Tese de Doutorado. 226p. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2002.

BREILH, J. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, R. P. Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes. p. 87-125. 2010.

BRITES NETO, J. O Papel do Médico Veterinário no Controle da Saúde Pública. Saúde Animal. Campinas. 2006. [acesso em 15/04/2018]. Disponível em: <http://www.saudeanimal.com.br/1413/geral/diversos/o-papel-do-med-saude-publica>.

BROOM, D. M.; MOLENTO, C. F. M. Bem-estar animal: conceito e questões relacionadas – revisão. Archives of Veterinary Science, v. 9, n. 2, p. 1-11. 2004.

BÜRGER, K. P. O ensino de saúde pública veterinária nos cursos de graduação em Medicina Veterinária do Estado de São Paulo. 2010.

BUSATO, M.; ANTONIOLLI, M. A.; TEO, C. R. P. A.; FERRAZ, L.; POLI, G.; TONINI, P. Relação de parasitoses intestinais com as condições de saneamento básico. Ciência e Cuidados em Saúde, v. 13, n. 2, p. 357-363. 2014.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Saúde pública. ENSP/FIOCRUZ, 178p. Rio de Janeiro. 1998.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. In PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, v.17, n.1, p. 77-93. Rio de Janeiro. 2007.

BUSS, P. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos. Bio-Manguinhos/FIOCRUZ. Seção Artigos. 2010. [Acesso em 23 de dezembro de 2018]. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/artigos/334-o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais>.

CARLOTTI, D. N.; JACOBS, D. E. Therapy, control and prevention of flea allergy dermatitis in dogs and cats. Veterinary Dermatology, v. 11, n. 2, p. 83-98. 2000.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Editora FIOCRUZ, p. 141-166. Rio de Janeiro. 2008.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; KOLLER, S. H.; PILZ, C.; DIAS, D. D.; WAGNER, F. Concepções de policiais sobre crianças em situação de rua: um estudo sobre preconceito. Revista Psico-USF, v. 11, n. 2, p. 249-256. 2006.

CHIARAVALLOTI, V. B.; MORAIS, M. S.; CHIARAVALLOTI NETO, F.; CONVERSANI, D. T.; FIORIN, A. M.; BARBOSA, A. A. C.; FERRAZ, A. A. Avaliação sobre a adesão às práticas preventivas do dengue: o caso de Catanduva, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1321-1329. 2002.

CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. *Acta Paulista de Enfermagem*. v. 19, n. 2, p. 212-217. 2006.

CNSPV – Comissão Nacional de Saúde Pública Veterinária. O médico veterinário, a estratégia de saúde da família e o NASF. *Revista CFMV*, v. 15, n. 48, p. 9-14. 2009.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de organização das visitas domiciliares. *RBMFC*, v. 1, n. 2, p. 19-26. 2012.

COHEN, S. C.; CYNAMON, S. E.; KLIGERMAN, D. C.; ASSUMPÇÃO, R. F. Habitação saudável no Programa de Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 807-813. Rio de Janeiro. 2004.

COHEN, S. C.; BODSTEIN, R.; KLIGERMAN, D. C.; MARCONDES, W. B. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 191-198. Rio de Janeiro. 2007.

CONRAD, P. A.; MAZET, J. A.; CLIFFORD, D.; SCOTT, C.; WILKES, M. Evolution of a transdisciplinary “One Medicine-One Health” approach to global health education at the University of California, Davis. *Prev. Vet. Med.*, v. 92, n. 4, p. 268-274. 2009.

CORRÊA, G. L. B.; MOREIRA, W. S. Contaminação do solo por ovos de *Ancylostoma* spp. em praças públicas na cidade de Santa Maria, RS, Brasil. *Revista da FZVA*, v.2/3, n.1, p.18-23. Uruguai. 1993.

COSTA, E. F.; ANDRADE, D. R.; GARCIA, L. M. T.; RIBEIRO, E. H. C.; SANTOS, T. I.; FLORINDO, A. A. Avaliação da efetividade da promoção da atividade física por agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2185-2198. 2015.

COSTA, L. F.; CASTRO, P. M.; BASTOS, N. M. L. Projeto atenção à criança e ao adolescente em Cachoeira do Sul/RS. *Anais do IV Salão de Ensino e de Extensão*, p. 144. UNISC. Santa Cruz do Sul. 2013.

COSTA, S. M.; ARAÚJO, F. F.; MARTINS, L. V.; NOBRE, L. L. R.; ARAÚJO, F. M.; RODRIGUES, C. A. Q. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147-2156. 2013.

CUNHA, G. R. D.; MARTINS, C. M.; CECCON-VALENTE, M. F.; SILVA, L. L.; MARTINS, F. D.; FLOETER, D.; ROBERTSON, J. V.; FERREIRA, F.; BIONDO, A. W. Frequency and spatial distribution of animal and object hoarder behavior in Curitiba, Paraná State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 33, v. 2, p. 1-12. 2017.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 11, p. 1163-1178. 2007.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies. 1991.

DRYDEN, M. W.; RUST, M. K. The cat flea: biology, ecology and control. *Veterinary Parasitology*, v. 52, n. 1-2, p. 1-19. 1994

- EVANS, R. G.; STODDART, G. L. Producing health, consuming health care. *Soc SciMed*, v.31, p.1347-1363. 1990.
- EVANS, R. G.; STODDART, G. L. Consuming research, producing policy? *Am J Public Health*. v. 93, n. 3, p. 371-379. 2003.
- EVANS, B. R.; LEIGHTON, F. A. A history of One Health. *Rev sci. tech. Off. int. Epiz.* n.33, v.2, p.413-420. 2014.
- FARACO, C. B. Interação humano-cão: o social constituído pela relação interespecie. Tese de Doutorado. 109p. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2008.
- FERREIRA, F. Efeito da esterilização no controle de populações de cães [tese de livre docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2009.
- FERREIRA, S. L. Os catadores do lixo na construção de uma nova cultura: a de separar o lixo e da consciência ambiental. *Rev. Urutágua. Rev. Acad Multidisc.* 2002. [Acesso em 10/07/2018]. Disponível: <http://www.uem.br/urutagua/007/07ferreira.htm>
- FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. 2019. [Acesso em 23 de janeiro de 2019]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br>.
- FONSECA, F. F.; RAMONY, R. K. R.; SANTOS, R. L. A.; DIAS, O. V.; COSTA, S. M. The vulnerabilities in childhood and adolescence and the Brazilian public policy intervention. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 31, n. 2, p. 258–264. 2013.
- FORTALEZA, C. M. Apresentação. In: SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa de Controle de Populações de cães e gatos do Estado de São Paulo. *Boletim Epidemiológico Paulista*, v. 6, p. 9, 158p. 2009.
- FROST, R. O.; PATRONEK, G.; ROSENFELD, E. Comparison of Object and Animal Hoarding. *Depression and anxiety*, v. 28, n. 10, p. 885-891. 2011.
- GALLO, E.; LUCHESI, G.; MACHADO FILHO, N.; RIBEIRO, P. T. Reforma sanitária: uma análise de viabilidade. *Cad. Saúde Pública*, v.4, n.4, p. 414-419. Rio de Janeiro. 1998.
- GARCIA, R. C. M. A importância do bem-estar animal para os profissionais e a sociedade. *Boletim da Academia Paulista de Medicina Veterinária*, v. 5, n. 1, p. 3. São Paulo. 2014.
- GARCIA, R. C. M. Estudo da dinâmica populacional canina e felina e avaliação de ações para o equilíbrio dessas populações em área da cidade de São Paulo, SP, Brasil. Tese de Doutorado. 264p. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2009.
- GARCIA, R. C. M. MALDONADO N. A. C. Medicina Veterinária do Coletivo: Um novo desafio para os veterinários. *Rev. Clín. Vet.*, Ano XIV, n. 82, set./out. 2009.
- GARCIA, R. C. M.; CALDERÓN, N.; FERREIRA, F. Consolidação de diretrizes internacionais de manejo de populações caninas em áreas urbanas e proposta de indicadores para seu gerenciamento. *Ver. Panam. de Salud Pública*, n. 32, p. 140-144. 2012.
- GELINSKI, C. R. O. G.; SEIBEL, E. J. Formulação de políticas públicas: questões metodológicas relevantes. *Revista de Ciências Humanas, EDUFSC*, v. 42, n. 1/2, p. 227-240. Florianópolis. 2008.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Editora FIOCRUZ. 1112p. Rio de Janeiro. 2012.
- GOMES, C. C. M. Relação humano-animal frente a interações potencialmente aversivas na criação de vacas leiteiras. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-graduação em Agroecossistemas, Universidade Federal de Santa Catarina. 81p. Santa Catarina. 2008.

GOMES, L. B.; SILVA, S. C. P. F.; NUNES, V. F. P.; LANZETTA, V. A. S. Saúde Única e Atuação do Médico Veterinário do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). In: Cadernos Técnicos da Escola de Veterinária e Zootecnia da UFMG. 2016.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n. 2, p.113-28. 2005.

GUIMARÃES, J. M. X.; VASCONCELOS, E. E.; CUNHA, R. S.; MELO, R. D.; PINHO, L. F. Estudo Epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 2, p. 441-451. 2005.

HAMMERSCHMIDT, J. Diagnóstico de maus-tratos contra animais e estudo dos fatores relacionados. Tese de Doutorado. 172p. Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 2017.

HAMMERSCHMIDT, J.; MOLENTO, C. F. M. Análise retrospectiva de denúncias de maus-tratos contra animais na região de Curitiba, Estado do Paraná, utilizando critérios de bem-estar animal. *Brazilian Journal of Veterinary Research and Animal Science*, v. 49, n. 6, p. 431-441. 2012.

HARDESTY, J. L.; KHAW, L.; RIDGWAY, M. D.; WEBER, C.; MILES, T. Coercive control and abused women's decisions about their pets when seeking shelter. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 28, n. 13, p. 2617-2639. 2013.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. *et al.* Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2005.

HEUKELBACH, J.; COSTA, A. M. L.; WILCKE, T.; MENCKE, N.; FELDMEIER, H. The animal reservoir of *Tunga penetrans* in severely affected communities in northeast Brazil. *Medical and Veterinarian Entomology*, n. 17. 2003.

HEUKELBACH, J.; MENCKE, N.; FELDMEIER, H. Cutaneous larva migrans and tungiasis: The challenge to control zoonotic ectoparasitoses associated with poverty. *Tropical Medicine and International Health*, n. 7, p. 907-910. 2002.

HEUKELBACH, J.; SALES DE OLIVEIRA, F. A.; FELDMEIER, H. Ectoparasitoses e saúde pública no Brasil: desafios para controle. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 5, p. 1535-1540. Rio de Janeiro. 2003.

HONORATO, L. A.; HÖTZEL, M. J.; GOMES, C. C. M.; SILVEIRA, I. D. B.; MACHADO FILHO, L. C. P. Particularidades relevantes da interação humano-animal para o bem-estar e produtividade de vacas leiteiras. *Ciência Rural*, v. 42, n. 2, p. 332-339. 2012.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 10. ed. Cortez. São Paulo. 2006.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados demográficos de 2010. [Acesso em 15 de março de 2018]. Disponível: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da População. 2018. [Acesso em 15 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=22367&t=resultados>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). 2015. [Acesso: 15 de junho de 2018]. Disponível: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/default.shtm>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). 2013. [Acesso: 15 de junho de 2018]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. In: Estudos & Pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n. 21. Rio de Janeiro. 2007.

IKEDA, D. Rumo à era dos direitos humanos: construindo um movimento popular. In: Proposta de Paz 2018. 56p. Revista Terceira Civilização. Editora Brasil Seikyo. São Paulo. 2018.

INDÁ, F. M. C.; MORITZ, G. O.; BERNARDINI, I. S. Análise da Viabilidade de Inserção do Médico Veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Município de Florianópolis. Coleção Gestão da Saúde Pública, v. 8. 2013.

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno estatístico do município de Pinhais. 43p. 2018.

JOHN, V. M. Reciclagem de resíduos na construção civil: contribuição à metodologia de pesquisa e desenvolvimento. Tese de Livre Docência. USP, São Paulo. 2000.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R. Repensando a Humanização do Sistema Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde. Mundo da Saúde, v. 36, n. 3, p. 397–406. 2012.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. Rev Adm Pública. v. 34, p. 35-61. 2000.

KARPINSK, L. A.; PANDOLFO, A.; REINEHR, R.; KUREK, J.; PANDOLFO, L.; GUIMARÃES, J. Gestão diferenciada de resíduos da construção civil: uma abordagem ambiental. Porto Alegre: Edipucrs, 163p. 2009.

LABRUNA, M. B.; PEREIRA, C. M. Carrapatos em cães do Brasil. *Clínica Veterinária*, v. 6, n. 30, p. 24-32. 2001.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. Textbook of Preventive Medicine. 2nd ed. New York: McGraw-Hill. 1958.

LEITE, B. M. Avaliação de propriedades mecânicas de concretos produzidos com agregados reciclados de resíduos de construção e demolição. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2001.

LEÓN, F. J. Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina. Retos para la bioética. Acta Bioethica, v. 17, n. 1, p. 19-29. 2011.

LEWIS, N. J.; HURNIK, J. F. The effect of some common management practices on the ease of handling of dairy cows. Applied Animal Behaviour Science, v.58, p. 213-220. 1998.

LIMA-CAMARA, T. N. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil. Rev. Saúde Pública, v. 50, n.36. 2016.

LOCKWOOD, R. Animal cruelty and human violence : The veterinarian's role in making the connection-The American experience. Canadian Veterinary Journal, v. 41, p. 876–878. 2000.

LOCKWOOD, R; ARKOW, P. Animal abuse and interpersonal violence: The cruelty connection and its implications for veterinary pathology. Veterinary Pathology, v. 53, n. 5, p. 910–918. 2016.

LOZANO, E. R.; FUILLERAT, C. O.; NOVALDOS, G. B.; ANTÓN, M. S.; GUTIÉRREZ, F. G.; BERMEJO, C. P. Características Sociodemográficas de las personas con conducta acumuladora/trastorno por acumulación (S. de Diógenes) en la ciudad de Madrid. Serie de casos. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq, v. 34, n. 124, p. 665-681. 2014.

MAGALHÃES, K. A.; COTTA, R. M. M.; MARTINS, T. C. P.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. A Habitação como Determinante Social da Saúde: percepções e condições de vida de famílias cadastradas no Programa Bolsa Família. Revista Saúde e Sociedade, v.22, n.1, p.57-72. São Paulo. 2013.

MAGALHÃES, M. N.; LIMA, A. C. P. Noções de Probabilidade e Estatística. 3ª edição. Editora USP. São Paulo. 2001.

MAIA, L. D. G.; SILVA, N. D.; MENDES, P. H. C. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 36, n. 123, p. 93-102. São Paulo. 2011.

MANO, M. A. A Receita e a reza: saberes da Medicina Oficial e da Medicina Paralela Unidos na Busca da Humanização do Cuidado. 428p. Dissertação de Mestrado em Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2004.

MANO, M. A. M. Casa de família - uma reflexão poética sobre a visita domiciliar e a produção de conhecimento. Rev. APS, v. 12, n. 4, p. 459-467. 2009.

MARA, D. D.; FEACHEM, R. G. A. Water- and excreta-related diseases: Unitary environmental classification. Journal of Environmental Engineering, n. 125, p. 334-339. 1999.

MAROSO, J. A. A inserção do médico veterinário no Sistema Único de Saúde (SUS). Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Porto Alegre (RS): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Escola de Saúde do Rio Grande do Sul. 36p. 2006.

MATAIX-COLS, D.; FROST, R. O.; PERTUSA, A.; CLARK, L. A.; SAXENA, S.; LECKMAN, J. F.; WILHEM, S. Hoarding Disorder: A new diagnosis for DSM-V? *Depress Anxiety*. v. 27, n. 6, p. 556-572. 2010.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p.1411-1416. Rio de Janeiro. 2004.

MATTOS, R. A. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC. p. 161-204. 2007.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M.; PEREIRA, M. J. B.; ALMEIDA, M. C. P. Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 3, p. 603-610. 2011.

MCPHEDRAN, S. Animal abuse, family violence, and child wellbeing: A review. *Journal of Family Violence*, v. 24, n. 1, p. 41-52. 2009.

MEDEIROS, M.; FERRIANI, M. G. C.; MUNARI, D. B.; GOMES, R. A sexualidade para o adolescente em situação de rua em Goiânia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 9, n. 2, p. 35-41. 2001.

MELO, R. H. V.; VILAR R. L. A.; FERREIRA, A. F.; PEREIRA, E. J. S.; CARNEIRO, N. E. A.; FREITAS, N. G. H. B.; DINIZ JUNIOR, J. Análise de risco familiar na Estratégia Saúde da Família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde*, p. 58-71. 2013.

MERCK, M. D. *Veterinary Forensics: animal cruelty investigations*. Iowa: Blackwell Publishing. 402p. 2013.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p. 7-18. 2000.

MIRANDA, L. L. *O que é lixo*. São Paulo: Brasiliense. 1995.

MNCR – Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis. 1º Congresso Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis. Brasília/DF. 2001.

MNCR – Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis. O que é o Movimento? 2013. [Acesso em 12/12/2018]. Disponível: <http://www.mnrc.org.br>

- MORAES, A. C. Meio ambiente e Ciências Humanas. Hucitec. São Paulo. 2002.
- MORÁN, M. A. S. Estudio sociodemográfico e identificación de los factores de riesgo en las conductas acumuladoras en la ciudad de Sevilla. Rev Cient.Hygia de Enferm. n. 87, p. 21-28. 2014.
- MOTA, S.; GOTO, T. Plantão psicológico no CRAS em Poços de Caldas. Revista de Psicologia, v. 1, n. 3, p. 521-530. 2009.
- NAKATA, P. T.; KOLTERMANN, L. I.; VARGAS, K. R.; MOREIRA, P. W.; DUARTE, E. R. M.; ROSSET-CRUZ, I. Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 21, n. 5. 2013.
- NARVAI, P. C.; SÃO PEDRO, P. F. Práticas de saúde pública. In: Saúde pública: bases conceituais. Ed. Atheneu, p. 269-297. São Paulo. 2008.
- NOGUEIRA, C. S. L. A importância da inclusão do médico veterinário nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF [Dissertação]. Jaboticabal (SP): Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. 2018.
- NOGUEIRA, M. J.; FONSECA, R. M. G. S. A Visita domiciliar como método de assistência em Enfermagem da Família. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.11, n.1, p. 28-50. São Paulo. 1997.
- NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cadernos de Saúde Pública; v. 18, n. 6, p. 1639-1646. 2002.
- OLIVEIRA, M. J. I.; ESPÍRITO SANTO, E. A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. Caderno Saúde e Desenvolvimento, v. 2, n. 2, p. 7-24. 2013.
- OLIVEIRA, M. V. C.; CARVALHO, A. R. Princípios básicos do saneamento do meio. 4. ed. Senac. São Paulo. 2004.
- OLIVEIRA, S. F.; CARDOSO, K. R. L.; ALMEIDA, C. A. P.; CARDOSO, L. R.; GUTFILEN, B. Violence against women: profile of the aggressors and victims and characterization of the injuries. A forensic study. Journal of Forensic and Legal Medicine, v. 23, p. 49-54. 2014.
- OMS - Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. In: Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá. 1986. [Acesso em 21/11/2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf.
- OMS - Organização Mundial da Saúde. Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. Um marco conceitual para ação sobre os determinantes sociais da saúde. Genebra. 2006. Documento de discussão de Alec Irwin e Orielle Solar.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Técnico Série 913. Genebra. 2005.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. Fechando a lacuna em uma geração: equidade em saúde por meio da ação nos determinantes sociais da saúde. Relatório final da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. Genebra. 2008.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Lisboa. 2010.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Genebra. 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde. Alma-Ata. URSS. 1978.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Estudos agrícolas da FAO. A contribuição veterinária para a prática de saúde pública: relatório de um Comitê Conjunto de Especialistas da FAO/OMS em Saúde Pública Veterinária. Genebra. 79p. 1975.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Grupo consultivo sobre veterinária de saúde pública. Genebra. 30p. 1957.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Preâmbulo do Constituição da Organização Mundial da Saúde adotada por Conferência Internacional da Saúde, Nova Iorque, 19-22 de junho 1946, assinado em 22 de julho de 1946 por representantes de 61 Estados. 1946.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Preâmbulo do Constituição da Organização Mundial da Saúde. Conferência Internacional da Saúde. Nova Iorque. 1946.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Um marco conceitual de ação sobre os determinantes sociais da saúde. Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. Genebra. 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde; Estudos agrícolas da FAO. A contribuição veterinária para a prática de saúde pública: relatório de um Comitê Conjunto de Especialistas da FAO/OMS em Saúde Pública Veterinária. 79p. Genebra. 1975.

ONU. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948. [Acesso em 15/12/2018]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.html.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. 2019. [Acesso em 25/05/2019]. Disponível: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5937:ministros-da-saude-das-americas-participem-da-72-assembleia-mundial-da-saude&Itemid=875

OPAS – Organización Panamericana de la Salud. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. 56p. 2016.

PAHO – Pan American Health Organization. World Society for the Protection of Animals. Recomendaciones. Em: Reunión Latinoamericana de expertos en tenencia responsable de mascotas y control de poblaciones. PAHO, WSPA. Rio de Janeiro. 2003.

PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e Saúde. 6ª ed. Medsi. Rio de Janeiro. 2003.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2008.

PARANÁ. Decreto nº 3.000/2015. Regulamenta o Programa Leite das Crianças, instituído pela Lei no 16.385, de 25 de janeiro de 2010. 2015.

PARANÁ. Ministério Público do Estado do Paraná. Subprocuradoria-geral de justiça para assuntos de planejamento institucional (SUBPLAN). Indicadores - Assistência Social. 2013.

PATRONEK, G. Animal hoarding: a third dimension of animal abuse. International Handbook of Theory and Research on Animal Abuse and Cruelty, p. 221-246. 2008.

PEREIRA, M. C. G.; TEIXEIRA, M. A. C. A inclusão de catadores em programas de coleta seletiva: da agenda local à nacional. Cad. EBAPE.BR, v. 9, n. 3, art. 10. Rio de Janeiro. 2011.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia, teoria e prática. Guanabara Koogan AS. Rio de Janeiro. 2005.
PERTUSA, A.; FROST, R. O.; FULLANA, M. A.; SAMUELS, J.; STEKETEE, G.; TOLIN, D.; SAXENA, S.; LECKMAN, J. F.; MATAIX-COLS, D. Refining the diagnostic boundaries of Compulsive Hoarding: a critical review. Clinical Psychology Review, v. 30, n. 4, p. 371-86. 2010.

PFLUCK, N. C. D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o cuidado da pessoa com deficiência: a educação permanente em saúde na gestão matricial. Dissertação de Mestrado em Ensino na Saúde. 79p. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2017.

PINHAIS. Lei Municipal nº 1.356, de 14 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a proteção e bem-estar animal, a prevenção e o controle de zoonoses no município de Pinhais e dá outras providências. 2012.

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Decreto nº 11/2019, de 03 de Janeiro de 2019. Institui a Política Municipal de Atenção às Pessoas em Situação de acumulação e cria o Comitê de Atenção às Pessoas em Situação de Acumulação – CAPSA. 2019.

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Decreto nº 113/2019, de 21 de fevereiro de 2019. Dispõe sobre a Estrutura da Secretaria Municipal de Meio Ambiente, com as atribuições dos departamentos, das gerências e seções. 2019.

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Departamento de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico do município. Ano 1, n. 1, 119p. 2016.

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Plano Municipal das Políticas de Atenção à Criança e ao Adolescente - Exercício 2015. 147p. 2015.

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Portal da Transparência. Relação de profissionais contratados pelo município. 2019. [Acesso em 02 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <https://pinhais.atende.net/?pg=transparencia#!/grupo/4/item/26/tipo/1>.

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Secretaria de Meio Ambiente. Departamento de Defesa Animal. Seção de Defesa e Proteção Animal. 2019. [Acesso em 12 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <https://pinhais.atende.net/?pg=subportal&chave=100>.

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. 2019. [Acesso em 12 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <https://pinhais.atende.net/atende.php?pg=subportal&chave=90#!/>

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. 312p. 2017.

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Programação Anual de Saúde 2019. 36p. 2019.

PINHAIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. 2019b. [Acesso em 20/02/2019]. Disponível: <https://pinhais.atende.net/?pg=subportal&chave=15#>

PINTO, T. P. Gestão ambiental de resíduos da construção civil: a experiência do Sinduscon-SP, Obra Limpa: I&T: Sinduscon-SP. São Paulo. 2005.

PINTO, T. P. Reciclagem no canteiro de obras - responsabilidade ambiental e redução de custos. Revista de Tecnologia da Construção - Tèchne, ano 9, n. 49, p. 64-68. 2000.

PORTO, M. F. S.; JUNCÁ, D. C. M.; GONÇALVES, R. S.; FILHOTE, M. J. F. Lixo, trabalho e saúde: um estudo de caso com catadores em um aterro metropolitano no Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 6, p. 1503-1514. Rio de Janeiro. 2004.

PUETZENREITER, M. R.; ZYLBETSZTAJN, A.; AVILA-PIRES, F. D. Evolução histórica da medicina veterinária preventiva e pública. Ciência Rural, v. 34, n.5, p.1661-1668. 2004.

RAFAEL, E. T.; MORAES, M. C. L. O comportamento de acumulação de animais e a Estratégia Saúde da Família: uma discussão introdutória. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v.10, p. 918-922. 2018.

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

RIBEIRO, H.; GÜINTER, W. M. R. Integração entre a Educação Ambiental e o Saneamento Ambiental como Estratégia para a Promoção da Saúde e do Meio Ambiente Sustentado. Faculdade Saúde Pública - Universidade São Paulo, Departamento de Saúde Ambiental. São Paulo. 2002.

RIBEIRO, J. W.; ROOKE, J. M. S. Saneamento básico e sua relação com o meio ambiente e a saúde pública. Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Análise Ambiental. Faculdade de Engenharia da UFJF. 36p. Juiz de Fora. 2010.

RIGON, S. A.; SCHMIDT, S. T.; BÓGUS, C. M. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. Cadernos de Saúde Pública, v. 32, n. 3. Rio de Janeiro. 2016.

RODRIGUES, D. F.; DAEMON, E.; RODRIGUES, A. F. S. F. Caracterização da população de ectoparasitos em cães de núcleos de expansão urbana de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Revista Brasileira de Parasitologia Veterinária, v. 17, n. 4, p. 185-188. 2008.

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

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. Epidemiologia & Saúde. 7a ed. MedBook. Rio de Janeiro. 2013.

ROUSING, T.; BONDE, M.; SORENSEN, J. T. Aggregating welfare indicators into an operational welfare assessment system: a bottom up approach. Acta Agriculturae Scandinavica, v. 51, n. 30, p. 53-57. 2001.

SANTANA, L. R.; OLIVEIRA, T. P. Guarda responsável e dignidade dos animais. Relatório do Ministério Público. Salvador. 2008.

SANTOS, F. P.; BARBOSA E SOUZA, L. Diagnóstico dos problemas ambientais urbanos de Luís Eduardo Magalhães (BA) por meio da análise das reclamações ambientais registradas na Secretaria Municipal de Meio Ambiente. Ateliê Geográfico, v. 7, n. 3, p.110-133. Goiânia. 2013.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Controle de Zoonoses. Série Educativa Fauna Sinantrópica. 2019. [Acesso em 04/02/2019]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/covisa>.

SCHMIDT, D. R.; DELLA MÉA, C. P.; WAGNER, M. F. Transtorno da Acumulação: características clínicas e epidemiológicas. Revista CES Psicologia, v. 7, n. 2, p. 27-43. 2014.

SCHMIDT, R. A. C. A Questão Ambiental na Promoção da Saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.373-392. 2007.

SCHMIDT, R. A. C. A Questão Ambiental na Promoção da Saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, v.17, n.2, p.373-392. Rio de Janeiro. 2007.

SCHNEIDER, D. M. Deposições irregulares de resíduos da construção civil na cidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Universidade de São Paulo. 2003.

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

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2002.

SIQUEIRA, M. M.; MORAES, M. S. Saúde coletiva, resíduos sólidos urbanos e os catadores de lixo. Ciência & Saúde Coletiva, n. 14, v. 6, p. 2115-2122. 2009.

SOARES, S. R. A.; BERNARDES, R. S.; CORDEIRO NETTO, O. M. Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 1713-1724. Rio de Janeiro. 2002.

STAFFORD, K. J. *The welfare of dogs*. Dordrecht: Springer, p. 8-11. 2006.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO. Ministério da Saúde. 726p. Brasília. 2002.

TONIN, F.; DEL CARLO, R. J. Tem Médico Veterinário na Saúde da Família. *Revista CFMV*, n. 69, p. 20-25. Brasília DF. 2016.

TOWNSEND, C. R.; BEGON, M.; HARPER, J. L. *Fundamentos em ecologia*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L.; BECK, C. L. C.; AMESTOY, S. C.; PIRES, D. E. P. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 5, p. 684-689. São Paulo. 2010.

VELOSO, M. M. X.; MAGALHÃES, C. M. C.; DELL'AGLIO, D. D.; CABRAL, I. R.; GOMES, M. M. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n.5, p.1263-1272. 2013.

VERDI, M. I. M.; DA ROS, M. A.; CUTOLO, L. R. A.; SOUZA, T. T. *Saúde e Sociedade*. Versão adaptada do curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Federal de Santa Catarina. 96p. 2016.

VIANNA, L. A. C.; BOMFIM, G. F. T.; CHICONE, G. Autoestima de mulheres que sofreram violência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 5. Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil. 2006.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Medbook. Rio de Janeiro. 2014.

VILLAR, E. Los Determinantes Sociales de Salud y la Lucha por la equidad en Salus: desafíos para el Estado y la sociedad civil. *Saúde Soc.*, v.16, n.3, p. 26-34. São Paulo. 2007.

WEBER, L. N. D.; VIEZZER, A. P.; BRANDENBURG, O. J.; ZOCHE, C. R. E. Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. *Psico-USF*, v. 7, n. 2, p.163-173. 2002.

ZIONI, F.; WESTPHAL, M. F. O Enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde sob o Ponto de Vista da Teoria Social. *Saúde Soc.*, v.16, n.3, p. 26-34. São Paulo. 2007.

ZORZENON, F. J. Noções sobre as principais pragas urbanas. *Biológico*, v. 64, n. 2, p. 231-234. São Paulo. 2002.

APENDICES

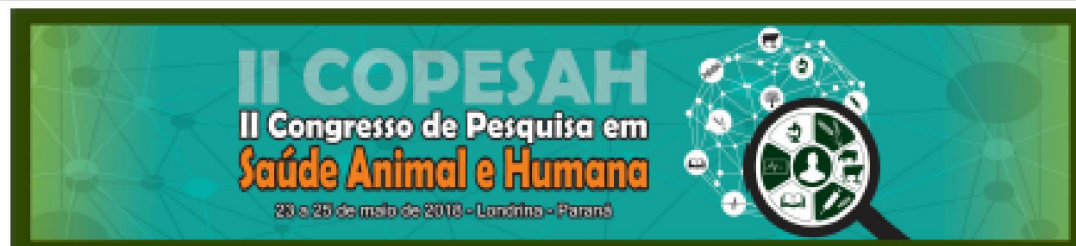
APÊNDICE A.....	131
APÊNDICE B.....	132
APÊNDICE C.....	133
APÊNDICE D.....	134
APÊNDICE E.....	135
APÊNDICE F.....	136
APÊNDICE G.....	137

APÊNDICE A

RESUMO PUBLICADO

CONGRESSO II COPESAH – II CONGRESSO DE PESQUISA EM SAÚDE ANIMAL E HUMANA

“ATUAÇÃO DO MÉDICO VETERINÁRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”



ATUAÇÃO DO MÉDICO VETERINÁRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Karyn Aparecida Rosa¹, Douglas Luís Vieira¹, Yasmim da Silva Gonçalves¹, Caroline Constantino², Rita de Cassia Maria Garcia²
¹Pós-graduandos, UFPR. ²Docentes, UFPR.

Informações do autor principal: Universidade Federal do Paraná (UFPR); karynrossa.veterinaria@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Saúde Pública é uma das grandes áreas de atuação dos médicos veterinários, sendo sua contribuição à saúde humana substancial, mas ainda pouco conhecida. A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se como um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde em todas as suas esferas, desenvolvendo-se a partir de planos de ação participativa que atendam às demandas e se enquadrem nos perfis das populações atendidas, em conformidade com a dinâmica das práticas sanitárias descritas na Política Nacional de Atenção Básica. Para tanto é fundamental a integração entre diferentes profissionais de saúde, atuando em equipes multiprofissionais numa perspectiva holística quanto às relações de saúde na sociedade contemporânea. O médico veterinário encontra-se inserido neste cenário, aplicando seus conhecimentos em benefício do homem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A APS é a principal porta de acesso da comunidade ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nela estão implantados os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), grupos multiprofissionais criados para amparar e expandir as ofertas de saúde na rede pública de serviços e aumentar a resolutividade, abrangência e alvo das ações. O médico veterinário está incorporado ao grupo de profissionais de saúde, estando habilitado a abordar uma gama de doenças que atingem os seres humanos e os animais. Entre as 1470 doenças humanas conhecidas, 60% são zoonoses, e 75% das patologias emergentes e 80% dos patógenos de potencial bioterrorista são de origem animal. A formação generalista do médico veterinário está em harmonia com o conceito de Saúde Única, abrangendo a higidez das pessoas, seus animais de estimação e o ambiente no qual estão inseridos.

MATERIAL E MÉTODOS

Sob a forma de apoio extrainstitucional às equipes de Saúde da Família de uma Unidade de Saúde (US) de Curitiba-PR, e com um olhar ampliado sobre a saúde, residentes de Medicina Veterinária do Coletivo da Universidade Federal do Paraná promoveram a educação em saúde e realizaram diagnósticos de riscos e agravos advindos da interação entre humanos, animais e seu ambiente nos territórios de abrangência da US junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O enfrentamento dos problemas encontrados envolveu diferentes profissionais e setores, tanto da Secretaria de Saúde como da Assistência Social.



Figura 1 – Residente com agentes comunitárias, 2017.

CONCLUSÕES

A experiência demonstrou que a integração do médico veterinário às equipes de saúde pode contribuir com a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas e dos animais de estimação, diminuindo os riscos dessa interação.



REFERÊNCIAS

- Brasil. Lei nº 20.120 de 20 de Junho de 2008. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 03 Jul 2008.
- Ministerio de Saúde. A integração médico-veterinária no Sistema Único de Saúde (SUS). Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Paulo Sérgio (B). Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. O papel e a importância do médico veterinário no sistema único de saúde: uma análise à luz do direcionamento. Revista Cadernos Internacionais de Direito Sanitário. 2016; 12(24): 27.
- Vieira de Silva LM, Pires JS, Schmittler SA. O que é Saúde Coletiva? In: Pires JS, Almeida Filho R. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014.
- Fontanelli MRS, Collares-Araújo A, Arão-Ferreira PD. Participação histórica da medicina veterinária na atenção e políticas. Ciência & Saúde. 2015; 28(1): 108-120.

APÊNDICE B

RESUMO PUBLICADO

CONGRESSO II COPESAH – II CONGRESSO DE PESQUISA EM SAÚDE ANIMAL E HUMANA

“INSERÇÃO DOS RESIDENTES DE MEDICINA VETERINÁRIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”

II COPESAH

II Congresso de Pesquisa em Saúde Animal e Humana

23 a 25 de maio de 2018 - Londrina - Paraná



Inserção dos Residentes de Medicina Veterinária na Estratégia Saúde da Família

Rita Garcia¹, Adriane Carvalho², João Perotta³, Karlyn Rozza⁴, Yasmin Gonçalves⁴
¹Docentes, UFPR. ²Secretaria da Saúde, Prefeitura de Pinhalis. ³Pós-graduanda UFPR.
 Informações do autor principal: Universidade Federal do Paraná, ritagarcia@ufpr.br

INTRODUÇÃO

Os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde são orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde 2011 o médico veterinário compõe as equipes de estratégia de saúde da família (ESF), mas a sua função ainda é desconhecida pela maioria dos profissionais de saúde e a sua inserção é um desafio para os programas de residência. O Programa de Residência em Área Profissional de Saúde (PRAPS) do Hospital Veterinário da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, possui 34 residentes distribuídos em 14 áreas: medicina veterinária do coletivo (MVC), animais selvagens, grandes animais, pequenos animais (clínica médica, clínica cirúrgica), oftalmologia, odontologia, anestesiologia, oncologia, patologia veterinária, patologia clínica, diagnóstico por imagens, biologia molecular e ornitopatologia. Somente os residentes de MVC atuavam na ESF. Objetivou-se a inserção dos 34 residentes do PRAPS na ESF em Pinhalis.

MATERIAL E MÉTODOS

Informações sobre a inserção dos residentes do PRAPS foram obtidas junto à Coordenação e descrita cada etapa do processo. Resultados: A discussão sobre a inserção dos residentes na ESF foi potencializada nas reuniões do colegiado do programa a partir de 2017. Uma parceria firmada com Pinhalis em fevereiro de 2018 possibilitou a inserção de todos os residentes na ESF a partir de abril de 2018. Para diminuir o impacto da falta dos residentes nas práticas das respectivas áreas, os residentes foram divididos em quatro grupos (A,B,C,D) e 16 subgrupos (A1, A2, A3, A4, ...D4). Cada grupo assumiu uma Unidade de Saúde da Família (USF) que é visitada semanalmente pelo respectivo subgrupo. Os residentes de MVC, devido à experiência na área, participam de todas as ações. As disciplinas de Políticas Públicas e SUS foram ofertadas de forma condensada em março de 2018 para os novos residentes. Uma Ficha de Avaliação da Interação Humano-animal e Ambiente é utilizada para o diagnóstico do território. Cada grupo deve desenvolver projeto que atenda as demandas do território e da USF. Tanto os tutores de MVC como os preceptores da USF oferecem apoio para as práticas, além de monitorarem as necessidades de cada grupo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A inserção do residente na ESF apresenta desafios de diferentes ordens. O primeiro deles foi firmar a cooperação entre a UFPR e a Prefeitura, uma vez que a Prefeitura precisava abrir portas das USF para um novo profissional. Esse processo levou um ano. Com o Termo de Cooperação firmado, a próxima etapa foi construir coletivamente o papel do médico veterinário na ESF junto aos agentes comunitários e demais profissionais. Na UFPR, o entendimento por parte dos tutores e residentes da necessidade de inserção foi motivo de amplas discussões durante todo o ano de 2017, principalmente referente à ausência desse no Hospital Veterinário durante as práticas no SUS. Para contornar essa questão, a atividade foi registrada no novo Programa Pedagógico do PRAPS como carga teórico-prática, não tirando, dessa forma, carga prática da área de atuação.



Figura 1 – Residente com agentes comunitárias, 2017.

CONCLUSÕES

A inclusão do residente médico veterinário na ESF apresenta grandes desafios que devem ser enfrentados com a ampla discussão entre todos os envolvidos.





REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 11.128 de 20 de Junho de 2005. Institui a Residência em Área Profissional da Saúde e cria o Conselho Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 01 Jul 2005.
2. Marcos M. A inserção do médico veterinário no Sistema Único de Saúde (SUS). Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Foz de Iguaçu (SC) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Escola de Saúde de Rio Grande do Sul, 2008.
3. Anelli M, Cunha JSA. O papel e a importância do médico veterinário no sistema único de saúde: uma análise à luz do direcionamento. Revista Cadernos de Saúde Americana de Direitos Sanitários, 2014; 1(2):40-57.
4. Vieira de Sá M, Pires JI, Sobrinho JI. O que é Saúde Coletiva? In: Pires JI, Almeida Filho N. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbooks, 2014.
5. Silva JI, Oliveira JSM. Agente comunitário de saúde: o que, onde, e como. Rio de Janeiro: Medbook, 2002.

APÊNDICE D

PALESTRA PROFERIDA NO CURSO

O ELO ENTRE A VIOLÊNCIA HUMANA E MAUS-TRATOS AOS ANIMAIS:
CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS E ALUNOS DE MEDICINA
VETERINÁRIA PARA A IDENTIFICAÇÃO E ENFRENTAMENTO

“DIAGNÓSTICO DE MAUS-TRATOS NA CLÍNICA DE PEQUENOS
ANIMAIS”



APÊNDICE E

PALESTRA PROFERIDA NA XXXV SEMANA ACADÊMICA DE MEDICINA
VETERINÁRIA DA UFPR“PARTICIPAÇÃO DO MÉDICO VETERINÁRIO NO NÚCLEO DE APOIO À
SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)”

Universidade Federal do Paraná		Centro Acadêmico de Medicina Veterinária
CERTIFICADO		
A coordenação do Módulo de Medicina Veterinária do Coletivo da XXXV Semana Acadêmica de Medicina Veterinária da UFPR, com apoio do Centro Acadêmico de Medicina Veterinária da Universidade Federal do Paraná e aprovação do Departamento de Medicina Veterinária do Setor de Ciências Agrárias da UFPR, certifica que		
<i>Karyn Aparecida Rossa</i>		
ministrrou a palestra “Participação do Médico Veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)” em 16 de maio de 2018, totalizando 01 hora(s).		
Curitiba, 16 de maio de 2018		
 Rodrigo Girata Machado Presidente CAMV-UFPR	 Lucas Galdioli Coordenador do Módulo de Medicina Veterinária do Coletivo da XXXV SAMV- UFPR	

APÊNDICE F

ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA CLÍNICA VETERINÁRIA

“ANÁLISE RETROSPECTIVA DE DENÚNCIAS DE MAUS-TRATOS
CONTRA ANIMAIS EM PINHAIS, PARANÁ, BRASIL”**Editora****Guará**

Editora Guará Ltda
Departamento de Redação
Rua José Elias, 222
05083-030 São Paulo SP
cvredacao@editoraguara.com.br
<http://www.revistaclinicaveterinaria.com.br>

Confirmação de publicação de trabalho

Declaro que o trabalho “Análise retrospectiva de denúncias de maus-tratos contra animais em Pinhais, Paraná, Brasil” de autoria de Solange Aparecida Marconcin, Rita de Cassia Maria Garcia, Isabela Solá Chagas Lima Scalco, Karyn Aparecida Rossa e Luana Oliveira Leite foi publicado na revista Clínica Veterinária da Editora Guará Ltda, na edição n. 127, Ano XXII, de março/abril de 2017.

São Paulo, 28 de fevereiro de 2018

Maria Angela Sanches Fessel
Editora científica
Revista *Clínica Veterinária*
Editora Guará Ltda

ANEXOS

ANEXO 1.....	139
ANEXO 2.....	140

ANEXO 2

**FICHA DE DIAGNÓSTICO DA INTERAÇÃO HUMANO-ANIMAL-AMBIENTE
ADAPTADA PELOS RESIDENTES DE MEDICINA VETERINÁRIA DO
COLETIVO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – FRENTE**

FICHA DE DIAGNÓSTICO DA INTERAÇÃO HUMANO-ANIMAL-AMBIENTE

Residente:	Data:
ACS:	Microrregião/Grupo:
USF:	Bairro:
Endereço:	Referência:
Número de moradores:	Obs.:

1) ENTORNO:

Problemas ambientais (na moradia ou entorno):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Terreno baldio | <input type="checkbox"/> Vestígios de roedores |
| <input type="checkbox"/> Casa abandonada | <input type="checkbox"/> Vestígios de pulgas |
| <input type="checkbox"/> Acúmulo de lixo | <input type="checkbox"/> Vestígios de carrapatos |
| <input type="checkbox"/> Acúmulo de entulho | <input type="checkbox"/> Água acumulada |
| <input type="checkbox"/> Ambiente sujo | <input type="checkbox"/> Outros (especificar): _____ |

Animais observados na rua:

- | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cães: | <input type="checkbox"/> Semidomiciliados | <input type="checkbox"/> Comunitários | <input type="checkbox"/> Abandonados |
| <input type="checkbox"/> Gatos: | <input type="checkbox"/> Semidomiciliados | <input type="checkbox"/> Comunitários | <input type="checkbox"/> Abandonados |
| <input type="checkbox"/> Equinos: | <input type="checkbox"/> Semidomiciliados | <input type="checkbox"/> Comunitários | <input type="checkbox"/> Abandonados |
| <input type="checkbox"/> Outros (especificar): _____ | | | |

2) MORADIA:

Número de animais:

- Cães Gatos Aves Equinos Outros: _____

3) INDÍCIOS DE VULNERABILIDADES:

- Desemprego
 Criança fora de escola
 Falta de alimento
 Necessidades especiais
 Outros (especificar): _____

4) INDÍCIOS DE VIOLÊNCIA FAMILIAR

- a. Contra a mulher: Relato ACS Relato da mulher Sinais indicativos
b. Contra crianças: Relato ACS Relato de adulto Sinais indicativos
c. Contra idosos: Relato ACS Relato do idoso Sinais indicativos

5) INDÍCIOS DE TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO:

- Objetos Animais Outros (especificar): _____

VITA

Karyn Aparecida Rossa é médica veterinária, graduada pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) em 2013. Possui pós-graduação em Acupuntura Veterinária e atua como profissional liberal na área de Clínica Médica de Animais de Companhia, com ênfase em Saúde Global e foco no atendimento humanitário. Tem especial interesse por Acupuntura Veterinária, Medicina Veterinária do Coletivo, Saúde Global e Saúde Pública Veterinária.