BRUNA ARNIZANT DEZORZI

**Controle de zoonoses transmitidas por cães e gatos: uma revisão de
políticas públicas e legislação no Município de São Paulo**

São Paulo

2019

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia

BRUNA ARNIZANT DEZORZI

Controle de zoonoses transmitidas por cães e gatos: uma revisão de políticas públicas e legislação no Município de São Paulo

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia Experimental Aplicada às Zoonoses da Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Universidade de São Paulo como requerimento à obtenção do título de Mestre em Ciências.

Departamento:

Medicina Veterinária Preventiva e Saúde Animal

Área de concentração:

Epidemiologia Experimental Aplicada às Zoonoses

Orientador:

Prof. Dr. Fábio Gregori

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução parcial ou total desta obra, para fins acadêmicos, desde que citada a fonte.

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

(Biblioteca Virgínia Buff D'Ápice da Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Universidade de São Paulo)

T. 3812 FMVZ	<p>Dezorz, Bruna Arnizant Controle de zoonoses transmitidas por cães e gatos: uma revisão de políticas públicas e legislação no Município de São Paulo / Bruna Arnizant Dezorz. – 2019. 79 f. : il.</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia. Departamento de Medicina Veterinária Preventiva e Saúde Animal, São Paulo, 2019.</p> <p>Programa de Pós-Graduação: Epidemiologia Experimental Aplicada às Zoonoses. Área de concentração: Epidemiologia Experimental Aplicada às Zoonoses. Orientador: Prof. Dr. Fábio Gregori.</p> <p>1. Zoonoses. 2. Saúde Pública. 3. Medicina veterinária preventiva. 4. Saúde Única. I. Título.</p>
-----------------	--

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Maria Aparecida Laet, CRB 5673-8, da FMVZ/USP.

FACULDADE DE MEDICINA VETERINÁRIA E ZOOTECNIA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Comissão de Ética no Uso de Animais

São Paulo, 09 de maio de 2018
CEUAX N 5877040418

Ilmo(a). Sr(a).
Responsável: Fábio Gregori
Área: Epidemiologia Experimental Aplicada As Zoonoses

Título do projeto: "Controle de zoonoses transmitidas por cães e gatos: uma revisão de políticas públicas e legislação no Município de São Paulo".

Parecer Consubstanciado da CEUA FMVZ/USP

A Comissão de Ética no Uso de Animais da Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Universidade de São Paulo, na reunião de 09/05/2018, **ANALISOU** e **APROVOU** o protocolo de estudo acima referenciado. A partir desta data, é dever do pesquisador:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do protocolo.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do protocolo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.
4. **Relatórios parciais** de andamento deverão ser enviados **anualmente** à CEUA até a conclusão do protocolo.

Profa. Dra. Anneliese de Souza Traldi
Presidente da Comissão de Ética no Uso de Animais
Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Universidade
de São Paulo

Profa. Dra. Claudia Madalena Cabrera Mori
Vice-Presidente da Comissão de Ética no Uso de Animais
Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Universidade
de São Paulo

CERTIFIED

We certify that the Research "Control of zoonosis transmitted by dogs and cats: a review of public policies and legislation in the Municipality of São Paulo", protocol number CEUAX 5877040418 (ID 000903), under the responsibility Fábio Gregori, agree with Ethical Principles in Animal Research adopted by Ethic Committee in the Use of Animals of School of Veterinary Medicine and Animal Science (University of São Paulo), and was approved in the meeting of day May 09, 2018.

Certificamos que o protocolo do Projeto de Pesquisa intitulado "Controle de zoonoses transmitidas por cães e gatos: uma revisão de políticas públicas e legislação no Município de São Paulo", protocolado sob o CEUAX nº 5877040418, sob a responsabilidade de Fábio Gregori, está de acordo com os princípios éticos de experimentação animal da Comissão de Ética no Uso de Animais da Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Universidade de São Paulo, e foi aprovado na reunião de 09 de maio de 2018.

Profa. Dra. Anneliese de Souza Traldi
Presidente da Comissão de Ética no Uso de Animais
Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Universidade
de São Paulo

Roseli da Costa Gomes
Secretária
Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Universidade
de São Paulo

Nome: DEZORZI, Bruna Arnizant

Título: Controle de zoonoses transmitidas por cães e gatos: uma revisão de políticas públicas e legislação no Município de São Paulo.

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina Veterinária
e Zootecnia da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Dedico esse trabalho ao Diogo, meu maior amigo e companheiro;

A meus pais e meu irmão;

À Fernanda, à Renata e ao Ney, a meus companheiros, que salvam minha vida todos os dias;

Dedico também a cada animal que estive e que ainda estará em minha vida me dando motivos para ser uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Fábio Gregori, pela paciência e sabedoria, por me possibilitar essa oportunidade.

À professora Silvia Cortopassi, professor Augusto Gameiro e professor Adroaldo Zanella, por serem parte fundamental do meu caminho.

Aos funcionários do VPS em São Paulo e Pirassununga por todo o trabalho e apoio.

Aos colegas e amigos por tornarem a caminhada mais leve alegre: Patrícia, Thiago, Marisol, Luana, David, Rafael, Osleny e Arnaldo.

À Universidade de São Paulo, à FMVZ e ao VPS, por se fazerem minha segunda casa.

Este trabalho conta com bolsa de estudos concedida pelo Conselho Nacional de
Desenvolvimento Científico e Tecnológico
(Processo nº 133785/2018-1)

“Eu quase que nada não sei. Mas desconfio de muita coisa” (João Guimarães Rosa, Grande Sertão: Veredas, pg. 16, 2ª ed).

RESUMO

DEZORZI, B. A. **Controle de zoonoses transmitidas por cães e gatos: uma revisão de políticas públicas e legislação no Município de São Paulo.** [Control of zoonosis transmitted by dogs and cats: a review of public policies and legislation in the Municipality of São Paulo]. 2019. 79 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

As questões de saúde são complexas e, portanto, envolvem uma série de variáveis inter-relacionadas entre si, como por exemplo a etiologia e aspectos epidemiológicos que, para o poder público, traduzem-se em políticas e legislações voltadas à consolidação da prevenção e tratamento de enfermidades e/ou agravos de impacto social. O município de São Paulo conseguiu com sucesso controlar uma série de doenças através do tempo, entre elas a raiva. Nesta dissertação, utilizando esta enfermidade como referencial, o objetivo foi o de revisar as políticas e legislação pertinentes ao controle de zoonoses transmitidas por cães e gatos ao longo do tempo. Concluímos que a legislação e a estrutura político-administrativa atuais permitem uma regulamentação cada vez mais detalhada quanto à posse/guarda de cães e gatos e abordagem de populações humanas particularmente vulneráveis a zoonoses transmitidas por estas espécies, como pessoas com transtorno de acumulação e em situação de rua. Entretanto, o serviço oficial deve estar atento e ágil na intervenção diante de mudanças que vem ocorrendo, sejam elas referentes ao aumento da população animal ou à possibilidade de emergência ou reemergência de zoonoses como a raiva e a leishmaniose.

Palavras-chave: Zoonoses. Saúde Pública. Medicina Veterinária Preventiva. Saúde Única.

ABSTRACT

DEZORZI, B. A. **Control of zoonosis transmitted by dogs and cats: a review of public policies and legislation in the Municipality of São Paulo** [Controle de zoonoses transmitidas por cães e gatos: uma revisão de políticas públicas e legislação no Município de São Paulo]. 2019. 79 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

Health issues are complex and therefore involve a series of interrelated variables, such as the etiology and epidemiological aspects that, for the public administration, translate into policies and legislation aimed at consolidating prevention and treatment of illnesses and / or aggravations of social impact. The municipality of São Paulo has successfully managed over time to control a number of diseases, including rabies. In this dissertation, using this disease as a reference, the objective was to review the policies and legislation pertinent to the control of zoonosis transmitted by dogs and cats over time. We conclude that the current legislation and political-administrative structure allow an increasingly detailed regulation of the possession / custody of dogs and cats and approach to human populations particularly vulnerable to zoonosis transmitted by these species, such as people with hoarding disorder and the homeless population. However, the public service must be attentive and responsive in intervening in the face of changes that have occurred, be they related to the increase of the animal population or the possibility of emergence or re-emergence of zoonosis such as leishmaniasis and rabies.

Keywords: Zoonosis. Public Health. Preventive Veterinary Medicine. One Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução da legislação referente a cães e gatos com repercussão no município de São Paulo	32
Figura 2 - Transmissão da Leishmaniose Visceral no Estado de São Paulo (2015)	41
Figura 3 - Evolução de políticas de controle da raiva no município de São Paulo desde 1968	48
Figura 4 - Casos humanos transmitidos por cães, raiva em cães e cobertura de vacinação em cães, Brasil (1999-2015)	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Vacinação de Cães e Gatos pela Prefeitura de São Paulo	52
Tabela 2 - Esterilização Cirúrgica de Cães e Gatos pela Prefeitura de São Paulo	52
Tabela 3 - Adoção de Cães e Gatos pela Prefeitura de São Paulo	53

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CAB – Coordenadoria de Atenção Básica
CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensões
CCZ – Centro de Controle de Zoonoses
CEPAD – Coordenadoria Especial de Proteção ao Animal Doméstico
CFMV – Conselho Federal de Medicina Veterinária
CLS – Conselho Local de Saúde
COVISA – Coordenadoria de Vigilância em Saúde
CTA – Centro Temporário de Acolhimento
DVZ – Divisão de Vigilância em Zoonoses
ESF – Equipe de Saúde da Família
FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
IP – Instituto Pasteur
LC – Leishmaniose Cutânea
LV – Leishmaniose Visceral
LVC – Leishmaniose Visceral Canina
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OIE – Organização Mundial de Saúde Animal
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PNAB – Programa Nacional de Atenção à Saúde Básica
PNH – Programa Nacional de Humanização do SUS
PNPR – Programa Nacional de Profilaxia da Raiva
PPVBB – Programa Para Viver de Bem com os Bichos
PROBEM – Programa Municipal de Proteção e Bem-Estar de Cães e Gatos
PSA – Programa Saúde Animal
PSF – Programa Saúde da Família
PSR – População em Situação de Rua
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde

SVMA – Secretaria do Verde e do Meio Ambiente

TA – Transtorno de Acumulação

UBS – Unidade Básica de Saúde

UVIS – Unidade de Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1 - UMA VISÃO GERAL DO SUS E DO CCZ	19
1.1 O SUS	19
1.2 O NASF.....	25
1.3 A DIVISÃO DE VIGILÂNCIA DE ZONÓSES	26
CAPÍTULO 2 - LEGISLAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA VETERINÁRIA REFERENTE A ZONÓSES TRANSMITIDAS POR CÃES E GATOS	31
2.1 RAIVA E CONTROLE POPULACIONAL	31
2.2 CONTROLE DE NATALIDADE: ESTERILIZAÇÃO E GUARDA RESPONSÁVEL..	33
2.3 LEISHMANIOSE CANINA: MUDANÇA DE ABORDAGEM	39
CAPÍTULO 3 - POLÍTICAS PÚBLICAS E CONTROLE DE ZONÓSES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	44
3.1 SAÚDE PÚBLICA E EXCLUSÃO SOCIAL	44
3.2 PROFILAXIA DA RAIVA NO MUNICÍPIO DE SP	47
3.3 PROJETO CÃO COMUNITÁRIO	53
3.4 POPULAÇÕES VULNERÁVEIS	54
3.4.1 Transtorno de Acumulação	54
3.4.2 População em Situação de Rua	58
3.5 POLÍTICAS PÚBLICAS E PARTICIPAÇÃO POPULAR	61
CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO	63
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS	69

INTRODUÇÃO

De acordo com dados do IBGE (2013), 44,3% dos domicílios no Brasil possuem pelo menos um cachorro (ou 65% se considerarmos somente a área rural), e 17,7% pelo menos um gato, perfazendo aproximadamente 52,2 milhões de cães e 22,1 milhões de gatos. Somente no município de São Paulo, Dias et al. (2013) referem uma estimativa de 2.507.401 cães e 562.965 gatos. São espécies que co-evoluíram com o ser humano por milhares de anos, processo durante o qual estabeleceram um vínculo interespecífico com inevitáveis consequências biológicas no que se refere às zoonoses que emergem e reemergem ao longo dos anos.

Estima-se que 60% dos patógenos que acometem seres humanos são zoonóticos e 75% tiveram ao menos origem em outra espécie (OIE, 2018). Dentre as moléstias compartilhadas por cães e humanos, podemos citar diversas: raiva, micoplasmose, giardíase, tuberculose, leishmanioses, leptospirose, brucelose, toxocaríase e ancilostomose. O gato serve também como reservatório nestas quatro primeiras enfermidades, além de outras como esporotricose e toxoplasmose (GREENE, 2015).

O componente humano destas enfermidades acaba sendo atrelado a condições de pobreza, dentro do espectro de “doenças tropicais negligenciadas”. São associadas a má nutrição, deslocamentos populacionais, condições de habitação, baixa resposta imunológica e escassez de recursos. As leishmanioses são um bom exemplo, acometendo as populações mais pobres do globo: estimam-se cerca de um milhão de casos novos e até 30.000 óbitos por ano (WHO, 2018). Paralelamente, em cães, observou-se um avanço geográfico da doença visceral no Brasil pelos últimos anos, fazendo com que alguns fundamentos das políticas públicas de saúde voltassem à discussão, na busca por estratégias de controle e prevenção mais efetivos (RIO GRANDE DO SUL, 2017; SÃO PAULO, 2018a).

Um outro exemplo de doença zoonótica de grande impacto social é a raiva, que responde atualmente por cerca de 59.000 óbitos humanos por ano no mundo e um prejuízo de 8,6 bilhões de dólares anuais, seja por custos médicos ou por perdas de rebanhos comerciais. Seu caráter incurável e mortalidade de praticamente 100% são os principais fatores de preocupação em Saúde Pública (HAMPSON et al., 2015). No Brasil, apesar do grande avanço no controle da doença, ainda são notificados casos todos os anos: em 2017, foram dois casos humanos, dois caninos, 37 morcegos positivos identificados, 9 canídeos silvestres, 38 bovinos e 5 equinos (um inclusive no estado de São Paulo) (BRASIL, 2017a). Em 2018 foram noticiados 10 casos

suspeitos, todos se tratando de crianças, no Município de Melgaço, no Pará, com cinco óbitos até o momento (G1-PA, 2018).

Atualmente, entende-se que a concepção de saúde deve ser ampla a ponto de contemplar as relações interespecíficas e o meio ambiente, inclusos os aspectos sociopolíticos que o determinam em grande medida. Esta é a visão de Saúde Única assumida pela OMS (WHO, 2017), fundamental na análise e planejamento eficientes de ações em saúde pública.

Uma das primeiras iniciativas em saúde pública referentes ao controle populacional de cães e gatos no país foi o controle da raiva no início do século XX, quando se tratava ainda da apreensão e eliminação de animais errantes, de responsabilidade da chamada Intendência de Higiene e Saúde Pública, órgão vinculado à câmara municipal em São Paulo (GOMES; MENEZES, 2009). A Medicina Preventiva como entendemos hoje é reflexo de uma política de saúde que só veio a ganhar contornos a partir da década de 50, quando da criação do Ministério da Saúde (MS) por Getúlio Vargas em 1953, marcando um processo de colapso do modelo assistencialista que vigorava até então (FINKELMAN, 2002).

Na esfera legislativa, o grande salto no que diz respeito ao “arcabouço jurídico-normativo na área da saúde” se deu após 1988, com a promulgação da Constituição Federal, seguida pelas leis estaduais e orgânicas que regulamentaram o SUS (BRASIL, 1990; 2003), ensejando uma renovação da legislação sanitária inclusive no que diz respeito de zoonoses e de ações de controle animal (GOMES, MENEZES, 2009).

No município de São Paulo, a Coordenaria de Vigilância em Saúde (COVISA) existe desde 2003, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, conforme previa a municipalização dos serviços de saúde pelo SUS. Em 2004, a estrutura da COVISA passou a reunir um total de nove gerências, dentre elas, a atual Divisão de Vigilância de Zoonoses (DVZ), então Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), já existente desde os anos 1970, e o então recém-criado Programa de Proteção e Bem-Estar de Cães e Gatos do Município de São Paulo (SÃO PAULO, 2017b).

As Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS) são estruturas descentralizadas da COVISA, instituídas em 2002 pela Lei Municipal 13.399 de 1º de agosto de 2002 (SÃO PAULO, 2002; 2017a). Estão distribuídas pelas cinco regiões do município de São Paulo (Centro, Norte, Sul, Leste e Oeste), totalizando 26 unidades e atuando em três áreas: Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental, competindo a esta última, entre outras atribuições, o controle de roedores e animais sinantrópicos e vacinação antirrábica para cães e gatos. Junto ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, a COVISA somada às 26 UVIS perfazem o Sistema Municipal de Vigilância em Saúde de São Paulo (SÃO PAULO, município, 2017a).

Essa descentralização na esfera administrativa também se observou no âmbito legislativo. Em 2004, o Ministério da Saúde enfatizou que cabia aos municípios o controle das populações animais (BRASIL, 2004a). No ano seguinte, o governo estadual de São Paulo instituiu o “Código de Proteção aos Animais”, que contemplava o controle reprodutivo e ações em educação da população sobre guarda responsável (SÃO PAULO, 2005). A Lei Municipal nº 12.916 de 16 de abril de 2008 proibiu então a eutanásia de animais saudáveis no CCZ como forma de controle populacional (SÃO PAULO, município, 2008).

Portanto, observamos que os sistemas político, social e legislativo do município de São Paulo sofreram mudanças notáveis ao longo do século XX no que diz respeito ao controle das populações de cães e gatos e à Saúde Pública Veterinária (GOMES et al., 2011).

Nesse sentido, atualmente, existem estruturas no estado de São Paulo como a Subsecretaria Estadual de Defesa dos Animais Domésticos, que se propõe a promover a articulação de políticas entre estado e municípios, integrando os órgãos públicos junto às comunidades (SÃO PAULO, estado, 2018). Também recentemente, o Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV, 2018) publicou a Resolução nº 1.236, de 26 de outubro de 2018, definindo e caracterizando atos de crueldade, abuso e maus-tratos contra animais vertebrados (CFMV, 2018). São exemplos de avanços importantes dentro do espectro de políticas que pretendemos abordar neste estudo.

Esta dissertação buscou revisar artigos na base de dados físicas e nos sites PubMed, Scielo e Google Acadêmico de diversos termos relacionados às enfermidades transmitidas por cães e gatos e políticas de saúde pública no controle de zoonoses no município de São Paulo. A abordagem é estruturada em quatro capítulos. O primeiro oferece uma visão geral do SUS - com ênfase no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - e da atuação e infraestrutura municipal voltada à Saúde Pública Veterinária. O segundo capítulo aborda a legislação em saúde pública veterinária e seus pontos de intersecção com a legislação em proteção animal. O terceiro capítulo foca nos programas de controle populacional de cães e gatos e de zoonoses transmitidas por essas espécies no município de SP, passando pela relação com programas sociais voltados para populações vulneráveis (acumuladores de animais e população em situação de rua). O último capítulo apresenta uma discussão dos elementos trazidos anteriormente, relacionando-os criticamente quanto a possíveis forças, fraquezas e oportunidades.

CAPÍTULO 1 - UMA VISÃO GERAL DO SUS E DO CCZ

As políticas em saúde pública no Brasil estão alicerçadas na Constituição de 1988 e, consequentemente, no SUS. Conquista social recente na história do país, pode-se entender o SUS como produto da Reforma Sanitária, processo sociopolítico e ideológico construído no século XX que lançou as bases do entendimento atual em Saúde Pública (CARVALHO, 2013).

Conforme examinaremos neste capítulo, o sistema de saúde sofreu modificações importantes no final do século XX, e evolução ainda mais notória se deu no município de São Paulo, cuja Secretaria Municipal de Saúde sofreu recente reorganização, passando de sete para onze coordenadorias (SÃO PAULO, município, 2017). Atentaremos a seguir para os programas referentes à Atenção Básica (Departamento da Coordenadoria de Atenção à Saúde) e à DVZ (Divisão da COVISA - Coordenadoria de Vigilância em Saúde), na medida de sua relevância para a proposta deste trabalho.

As políticas públicas em saúde avançaram em abordagens mais integradas, que contemplam o bem-estar das unidades familiares e das comunidades, contextos nos quais os cães e gatos se encontram envolvidos. A evolução destas iniciativas no Brasil e no município de São Paulo concomitante à construção do conceito (e efetiva atuação) de "*One Health*" constituem o recorte desta abordagem.

1.1 O SUS

As primeiras iniciativas em Saúde Pública na história documentada do país refletiam uma preocupação de caráter fundamentalmente econômico por parte do Estado. Durante o período colonial, tais medidas concentravam esforços basicamente na fiscalização portuária e no afastamento de doentes do restante da população, já que ao final do século XIX as epidemias eram numerosas - cólera, febre amarela, tuberculose, peste, varíola - a ponto de causar impacto sensível nas relações do comércio internacional que sustentavam a base da economia (FINKELMAN, 2002; SANTOS, 2004; CARVALHO, 2013).

A política sanitária atingiu o seu ápice no início do século XX, com Oswaldo Cruz e as repercussões da vacinação obrigatória contra a varíola. A revolta da vacina refletiu um estopim de rejeição popular às políticas do governo autoritário, cujos esforços se concentravam

na eliminação da doença e não na construção da saúde como um todo. O acesso à assistência médica se restringia ao particular e, no caso da maior parte da população, às entidades filantrópicas (FINKELMAN, 2002; SANTOS, 2004; CARVALHO, 2013).

A primeira expansão do acesso à saúde se deu por meio da lei Eloy Chaves em 1923, que, com a Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP), deu acesso ao sistema público de saúde a todos os contribuintes da previdência. Tal política foi reforçada pela Constituição do Estado Novo e culminou finalmente na criação do Ministério da Saúde (um desmembramento do antigo Ministério da Educação e Saúde) em 1953. Após 1964, unificaram-se os Institutos de Aposentadoria e Pensões no Instituto Nacional de Segurança Social (INSS). A assistência seguia restrita aos contribuintes e pautada pelo modelo médico assistencial privatista concomitante ao sanitarismo de campanha do início do século (FINKELMAN, 2002; FONSECA, 2007; CARVALHO, 2013).

No entanto, a discussão de um novo conceito de saúde já vinha ganhando contornos desde a década de 1940, em conferência da OMS, onde já se via a atenção básica como chave para uma medicina preventiva mais eficiente e menos hospitalocêntrica, levando em conta o contexto socioeconômico em que se insere a população, que passa a ser o foco das políticas, antes voltadas apenas à doença em si (QUINELLATO, 2009).

Ainda que de forma tardia, o novo modelo foi semeado no Brasil com o declínio da ditadura militar, de forma que em 1979 foi criada a “Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva” e, em 1986, deu-se a “8ª Conferência Nacional de Saúde”, como um fórum de debates visando a evolução do modelo de saúde que viria a ser consolidado na Constituição de 1988 (CARVALHO, 2013). No evento participaram instituições de saúde de todo o país, sociedade civil, grupos profissionais e partidos políticos, que juntos colaboraram para uma nova concepção de saúde (negrito nosso):

(...) ficou evidente que as modificações necessárias ao setor de saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionado chamar a Reforma Sanitária (BRASIL, 1986).

O SUS representa uma conquista social importante no Brasil, em um paradigma do Estado a serviço da população como um todo, pautado pelos princípios de equidade, universalidade, integralidade, descentralização e controle social, como prediz a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) e pela Lei Federal nº 8.080 (19/09/1990), que regulamenta e “dispõe

sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990):

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

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram **uma rede regionalizada e hierarquizada** e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - **Descentralização**, com direção única em cada esfera de governo;

II - **Atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - **Participação da comunidade** (BRASIL, 1988. Negrito nosso.).

O Sistema Único de Saúde se apoia nos três **princípios éticos** (ou doutrinários):

- **Universalidade** – Atendimento a toda e qualquer pessoa, independentemente do pagamento de previdência social.
- **Integralidade** – Ações interligadas e contínuas em saúde, em âmbito individual e comunitário, tanto em prevenção como em tratamento.
- **Equidade** – Leva-se em conta a existência de indivíduos que requerem assistência diferenciada para terem acesso de forma igualitária ao sistema de saúde, como os deficientes físicos e idosos, por exemplo (BRASIL, 2018).

Os cinco **princípios organizacionais** do sistema são de ordem estrutural:

- **Descentralização** – Os poderes e responsabilidades são distribuídos nas três esferas de governo, com transferência de recursos da União e cooperação técnica entre os setores.
- **Regionalização/ hierarquização** - A autonomia conferida às instâncias municipais e estaduais permite que o sistema consiga atingir populações antes negligenciadas pelo Estado. A delimitação dos territórios de base permite que os casos menos complexos sejam direcionados ao atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), havendo unidades especializadas, hospitais gerais e hospitais especializados conforme o tamanho da demanda local.

- **Resolubilidade** – De acordo com cada demanda (individual ou coletiva) por atendimento, o serviço deve estar capacitado para a resolução ao nível da sua competência.
- **Complementaridade** – A contratação de serviços privados pode ocorrer quando houver insuficiência do setor público.
- **Participação social** - O controle social se propõe por meio da participação ativa de membros da comunidade em conselhos e conferências do SUS, reestruturados a cada quatro anos (BRASIL, 2018).

Correia (2000) caracteriza o conceito de controle social como uma compreensão moderna da relação Estado-sociedade que permite a esta controlar e regular as práticas daquele, por meio de canais de participação institucionalizados – os conselhos e as conferências de saúde. Partindo de tal princípio, as UBS seriam a integração entre o serviço estatal e a realidade específica de cada comunidade, tendo o agente comunitário de saúde (ACS) como importante figura mediadora nesses canais (CORREIA, 2000).

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece a **Política Nacional de Atenção Básica** (PNAB) e define:

Art. 2º - A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017b, pg 2).

Neste contexto, o ACS representa o vínculo principal entre máquina estatal e comunidade, o que se torna mais evidente pela abrangência e relevância das funções a ele atribuídas (BRASIL, 2017b):

Atribuições do ACS:

I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal (BRASIL, 2017b, pg 21. Negrito nosso.).

Para que os programas de saúde estejam alinhados com a concepção de Saúde Única é fundamental que o ACS seja aliado nesse processo, embora trate-se de um aspecto aparentemente ainda pouco explorado. Além disso, a realidade desses serviços ainda apresenta limitações de várias naturezas. No que diz respeito aos ACS, estes ainda se encontram em número insuficiente para atender a demanda das comunidades, sofrendo com a sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, falta de reconhecimento profissional e desgaste emocional (NUNES et al., 2002; RIQUELME et al., 2018).

Já nos anos 2000, o governo federal observou que a burocratização e a desresponsabilização das equipes em relação ao paciente no decorrer dos encaminhamentos haviam se tornado entraves importantes. Os pacientes, ao serem encaminhados de um serviço/profissional a outro, sem que estes atuem conjuntamente ou conversem entre si, se torna “responsabilidade de ninguém”. A “Política Nacional de Humanização do SUS” (PNH) propõe um arranjo organizacional que dê conta desse tipo de problema por meio de equipes transdisciplinares, as chamadas equipes de referência, amparadas pelo apoio matricial conferido por profissionais de outras áreas, como o médico veterinário (BRASIL, 2004b)

A PNH surgiu como resposta àquilo que define como modelo biomédico hegemônico. Dispositivos como grupos de trabalho de humanização, oficinas e atividades de apoio institucional serviram como meio de capilarização do PNH no país, “resistindo às habituais determinações verticais e normalizadoras do Ministério da Saúde” (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Se podemos, por um lado, apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, equidade,

integralidade e controle social, por outro, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado (BRASIL, 2004b; Pg. 1).

O programa prima pela valorização da conectividade entre os profissionais de saúde e usuários do sistema e pela “construção permanente de laços de cidadania”, levando em conta tanto a individualidade do sujeito quanto a sua inserção cultural. Dentre as diretrizes gerais, constam ações como a sensibilização das equipes de saúde em relação a problemas como violência familiar e preconceitos, e adequação dos serviços ao ambiente e à cultura local, com a promoção de ambiente acolhedor e confortável (BRASIL, 2004b).

Dessa forma, as equipes de referência, se pensadas a partir da Saúde Única, devem contar com o apoio matricial do veterinário. Os animais de companhia estão inseridos de forma cada vez mais íntima nesses contextos domésticos, partilhando e contribuindo para aquilo que a família assume como “ambiente acolhedor”, e não raro sofrendo junto as consequências dos problemas familiares comuns como violência, insalubridade e negligência (MCDONALD et al., 2017). Tendo em vista que o programa também prevê o “constante diálogo com as especificidades das áreas da saúde” (BRASIL, 2004b), cabe a indagação sobre a importância e, paradoxalmente, sobre a dificuldade, de se encontrar médicos veterinários integrando as equipes de NASF, assunto que retomaremos mais adiante.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são um outro arranjo organizativo do SUS, instituídas pela Portaria nº 4.279 (30/09/2010). Configuram, assim como a PNAB, uma estratégia de superação do modelo fragmentado de atenção e de gestão (BRASIL, 2010). A Portaria nº 4.279 caracteriza as RAS pela:

(...) formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. (BRASIL, 2010, pg. 4)

A RAS é estruturada por cinco componentes: Atenção Primária à Saúde (APS – centro de comunicação); pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; sistemas logísticos e sistema de governança. A APS é o nível fundamental do sistema, já que é por ela que se dá o primeiro contato entre indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde. Por isso, cabe à APS garantir a integração entre os serviços que de outra forma seriam ofertados

de forma fragmentada no sistema convencional (BRASIL, 2010).

Essa mesma portaria que apresenta o RAS como modelo de atenção preconiza a revisão e ampliação da política de financiamento da APS de acordo com as necessidades da população estratificada. Em termos organizacionais a “Estratégia Saúde da Família” representa o modelo principal da APS, motivo pelo qual o seu fortalecimento se torna fundamental ao estabelecimento da RAS (BRASIL, 2010).

1.2 O NASF

A RAS e as Equipes de Saúde da Família (ESF) atuam por todo o país desde 1991 nesse novo modelo de medicina preventiva sobre o núcleo familiar. Em 1994, o MS criou o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia específica de ação em promoção de saúde nas UBS ou em domicílio por profissionais das ESF (BRASIL, 2018). Em 2009, já havia 1224 ESF distribuídas em 253 UBS (do total de 431 UBS), cobrindo 45% da população do município de São Paulo. A implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) se deu em 2008, com base na Portaria 154/MS de 24 de janeiro de 2008, consistindo não na inserção de uma nova rede de serviços, mas sim em estratégia de ampliação e qualificação da assistência na rede pré-existente (SÃO PAULO, 2009a; SORATTO et al., 2010).

Cada ESF corresponde a um território delimitado cuja população deve ser cadastrada e acompanhada (SÃO PAULO, município, 2018b). Santos e colaboradores (2011) apontam uma discussão dentro do conceito de territorialidade implicado na implementação dos NASF, frisando “a necessidade de uma nova forma de vigilância em saúde que leve a problematização da saúde com base no território e nos seus contextos de usos e disputas”, uma “vigilância em saúde conectada à dinâmica das transformações do território”, tomando aqui o território como o contexto do cotidiano das famílias e comunidades, com as quais a ESF deverá estabelecer vínculos de corresponsabilização nas práticas de saúde. Segundo os autores, até o ano referido, a prática das ESF ainda se encontrava bastante limitada à perspectiva assistencial e pouco marcada por uma visão mais complexa desse território, que abarcasse as questões ambientais, trabalhistas e sociológicas, por exemplo.

A Portaria nº 2.488 (21/10/2011), do Ministério da Saúde, incluiu os médicos veterinários no rol de profissionais que formam os NASF (BRASIL, 2011). A presença do veterinário na equipe depende de critérios de prioridade às necessidades locais de cada município e disponibilidade de profissionais. Em 2016, haviam 114 médicos veterinários

atuando em 113 municípios brasileiros, cabendo-lhes uma gama de atribuições (TONIN; DEL CARLO, 2016):

- Visitas domiciliares para diagnóstico de situações de riscos envolvendo animais e meio ambiente;
- Prevenção, controle e diagnóstico situacional de doenças transmissíveis por animais;
- Educação em saúde;
- Desenvolvimento de ações educativas e mobilização da comunidade;
- Estudos e pesquisas em saúde pública, favorecendo a territorialidade e qualidade da atenção;
- Prevenção e controle de doenças transmissíveis por alimentos;
- Resposta a emergências de saúde pública e eventos de risco sanitário;
- Identificação e orientações sobre riscos de contaminação por substâncias tóxicas (TONIN; DEL CARLO, 2016, pg. 23).

1.3 A DIVISÃO DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES

A Divisão de Vigilância de Zoonoses (DVZ) é uma estrutura municipal voltada à elaboração e execução de programas relativos ao manejo e controle de animais domésticos e sinantrópicos, e à prevenção e controle epidemiológico de zoonoses, doenças transmitidas por vetores e agravos provocados por animais (SÃO PAULO, município, 2012a). É estruturada de acordo com o tamanho da população do município, a partir de diretrizes definidas pelo estado (GOMES; MENEZES, 2009). Conforme constata Gomes e Menezes (2011) a heterogeneidade econômica, social, cultural e política entre os municípios paulistas impede que uma única resposta sirva aos problemas sanitários de cada realidade, de forma que as municipalidades de menor aporte populacional enfrentam até hoje grandes dificuldades para desenvolver ações e serviços voltados ao controle de zoonoses.

A unidade da capital paulista experimentou um crescimento importante em estrutura e dimensão nas últimas décadas. Criado em 1973 com vistas ao programa de controle da raiva, a DVZ de São Paulo obteve êxito na erradicação da doença no município em 1983, quando ainda denominada CCZ. Antes centrada na captura e eliminação de cães e gatos errantes, hoje, a política de controle da doença tem a imunização e a guarda responsável como pilares

fundamentais, com evolução favorável dos resultados. Nesse sentido, a vacinação antirrábica de cães e gatos é obrigatória, gratuita e oferecida pela DVZ e pelas UVIS no município de SP, conforme a Lei Municipal nº 13.131 (18/05/2001) (SÃO PAULO, 2001; 2018c).

Consolidadas pelas Leis Estaduais nº 11.977 (25/08/2005) (SÃO PAULO, 2005), que institui o “Código de Proteção aos Animais do Estado”, e nº 12.916 (16/04/2008) (SÃO PAULO, 2008), que proíbe a eutanásia de animais hígidos, as políticas de esterilização, adoção e conscientização da população tomaram o lugar da eutanásia sistemática, e o CCZ-SP aos poucos passou a ter suas atividades mais pautadas pelos princípios de bem-estar animal (GOMES; MENEZES, 2011; VIARO, 2011). Tem-se aqui a origem de uma primeira fragilidade na governança do serviço, já que surge o amparo legal ao imperativo moral da sociedade de se preservar a vida dos animais e o investimento de infraestrutura não foi condizente com esta demanda emergente. Em 2016, a Portaria nº 1.739 (29/09/2016) estabeleceu a capacidade máxima de animais abrigados no CCZ, visando o bem-estar dos mesmos, que passavam a se acumular nesse momento (SÃO PAULO, município, 2016a).

Com o decorrer dos anos, outros programas de saúde pública foram incorporados à rotina operacional do CCZ-SP, tais como entomologia, controle de animais sinantrópicos, peçonhentos e vetores, sendo este último favorecido pela descentralização das atividades de controle de endemias, até então trabalhadas principalmente pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa) (BRASIL, 2017c).

Foi na década de 1990 que o Ministério da Saúde estruturou o emprego de fundos no apoio aos municípios na implantação de unidades de zoonoses integradas ao SUS, localizadas principalmente em capitais, regiões metropolitanas e municípios mais populosos, sendo denominadas atualmente de DVZ, conforme a Portaria nº 758/MS/SAS (26/08/2014). Nesse mesmo ano foram publicadas normas técnicas (Portaria nº 1.138/GM/MS, 23/05/2014) no sentido de fortalecer e aperfeiçoar as atividades de vigilância, prevenção e controle de zoonoses de relevância para a saúde pública executadas não só pelas DVZ, mas também pela área de vigilância de zoonoses dos municípios (BRASIL, 2014a; 2014b; 2017c).

São várias as atribuições: desenvolvimento e execução de ações, atividades e estratégias de educação em saúde visando a guarda responsável de animais; coordenação, execução e avaliação das ações de vacinação animal; notificação e investigação de eventos adversos temporalmente associados às vacinações; diagnóstico laboratorial de zoonoses e identificação de espécies; recomendação e adoção de medidas de biossegurança; desenvolvimento e execução de ações, atividades e estratégias de controle da população de animais; eutanásia,

necropsia e exames laboratoriais; recolhimento e transporte de animais, recepção de animais vivos e de cadáveres; destinação, manutenção e cuidados básicos de animais recolhidos. Todas essas atividades são, entretanto, restritas aos casos de relevância para a saúde pública, conforme previsto pela portaria 1.138 de 2014:

De acordo com a legislação pertinente ao SUS e com a Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, os recursos do setor público de saúde no Brasil não podem ser aplicados em outras políticas públicas. Assim, cabe a cada esfera de governo responsável pela aplicação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde voltados para vigilância, prevenção e controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública avaliar criteriosamente as políticas públicas de saúde e diferenciá-las das políticas públicas de meio ambiente, saúde animal, bem estar animal, limpeza e segurança pública e viária ou quaisquer outras relacionadas à execução de ações sobre as populações de animais (BRASIL, 2014b).

A DVZ é administrada em esfera municipal, e conta com recursos anuais especificados pela “Lei de Diretrizes Orçamentárias” e pela “Previsão Orçamentária Anual”. O governo federal pode repassar verbas para a construção dos CCZ/DVZ através de convênios estabelecidos com as demais esferas de poder. A esfera estadual também contribui com a regulamentação da construção e funcionamento dos CCZ por meio da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria da Saúde (CCD/SES – SP): em 2009, foi publicada a 2ª edição do “Manual de Diretrizes para a Elaboração do Programa de Controle de Populações de Cães e Gatos”. O documento, que aborda o problema de forma integrada, associando saúde pública, bem-estar animal e social, foi concebido junto a Organizações Não Governamentais (SÃO PAULO, 2009b; 2017b).

O espaço físico da DVZ, que antes abrigava cerca de 500 animais entre cães e gatos, teve a população reduzida para 159 cães e 119 felinos pela vigência da Portaria nº 1.739 (29/09/2016) (SÃO PAULO, 2016a), que solicitou a revisão da lotação dos alojamentos em função do bem-estar animal. A doação de cães e gatos é disponibilizada pelo CCZ-SP desde 1984, mas os eventos parecem haver ganhado mais visibilidade nas últimas décadas. As festas de adoção foram substituídas pela divulgação online dos animais disponíveis pela página da DVZ e pelo novo espaço de exposição, inaugurado em 2016 (SÃO PAULO, 2017c).

A Lei Municipal nº 13.131 (18/05/2001) também foi a primeira a regulamentar os principais aspectos de guarda responsável, servindo de base para uma série de iniciativas e programas nos anos seguintes. Essa mesma lei tornou o Registro Geral Animal (RGA) obrigatório para cães e gatos da cidade, devendo os animais, na ocasião do registro, passar por

avaliação médica veterinária, vacinação, vermifugação e colocação de microchip junto ao então CCZ (SÃO PAULO, 2001).

O Decreto Municipal nº 41.685 (13/02/2002) (SÃO PAULO, 2002), segue na mesma linha de ação, disciplinando a criação, propriedade, posse, guarda, uso e transporte de cães e gatos. Nesse mesmo ano foi criado o programa de educação “Projeto Para Viver de Bem com os Bichos” (PPVBB), que tem como objetivo a educação continuada em posse responsável de cães e gatos e manejo adequado do ambiente visando o controle de animais sinantrópicos (ratos e pombos). O programa envolve hoje cerca de 2400 escolas, focando na formação de multiplicadores que possam desenvolver outros projetos na rede escolar voltados aos alunos. A parceria entre a DVZ-SP e a Secretaria Municipal de Educação (SME/Saúde Escolar) tornou o projeto possível e, em 2016, o programa foi reformulado, incorporando módulos de Ensino a Distância que se adequam à disponibilidade de horário dos docentes participantes (VIARO, 2011; SÃO PAULO, 2018d).

Outra iniciativa de repercussão positiva foi o projeto “Cãominhada”, que teve início em 2009 e funciona até hoje. O projeto tem como base o trabalho voluntário da população interessada, que contribui com a socialização e qualidade de vida dos cães abrigados por meio de passeios monitorados, após cadastro e treinamento devidos (SÃO PAULO, 2018e).

Em termos administrativos, o **PROBEM - Programa Municipal de Proteção e Bem-Estar de Cães e Gatos**, instituído pela Lei Municipal nº 15.023 (06/11/2009), estabelece parcerias com entidades de proteção animal, organizações não-governamentais e governamentais, universidades, empresas públicas e/ou privadas, nacionais ou internacionais, e com entidades de classe ligadas aos médicos veterinários, visando colaborar com a DVZ “na execução dos Programas de Registro e Identificação Animal, de Controle Reprodutivo de Cães e Gatos, de Saúde Animal e de Educação Continuada de Conscientização da População a respeito da Propriedade Responsável de Animais Domésticos” (SÃO PAULO, 2009b, Art. 2º). A mesma lei que institui o PROBEM cria o **Núcleo de Proteção e Bem-Estar de Cães e Gatos**, que desenvolve suas ações de forma descentralizada e articulada com a DVZ e seria, em 2012, assimilado pela a **Coordenadoria Especial de Proteção de Animais Domésticos – CEPAD**, por meio do Decreto Municipal nº 53.264 (03/07/2012) (SÃO PAULO, 2012b).

Conforme pudemos observar, a evolução do CCZ/DVZ de São Paulo passou de um aspecto de controle estrito de zoonoses para uma ampliação de escopo, indo além da raiva em cães e gatos. O aumento das populações animais urbanas foi um dos vetores dessa transformação, que passa tanto pela questão de educação, pelo controle de outras enfermidades

e pela ampliação e descentralização dos serviços. É oportuno destacar o papel da parceria com as ONGs e clínicas particulares neste cenário, o que permitiu uma ampliação dos serviços prestados à população, como ocorre nas campanhas educativas dentro da própria prefeitura (parceria com a Secretaria da Educação no PPVBB), de esterilização e doação de animais.

CAPÍTULO 2 - LEGISLAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA VETERINÁRIA REFERENTE A ZOONOSES TRANSMITIDAS POR CÃES E GATOS

Compete ao município ter a população animal sob controle, uma das maneiras de se prevenir uma série de enfermidades, dentre as quais utilizaremos aqui a raiva e a leishmaniose visceral e tegumentar como exemplos.

Neste capítulo, faremos uma abordagem cronológica das leis, nas três esferas administrativas, que fornecem hoje respaldo aos principais programas de controle populacional e de combate a zoonoses transmitidas por cães e gatos no município de São Paulo, partindo da observação de que a raiva canina/felina fora o impulsionador das iniciativas de controle populacional. Com o passar do tempo (e o próprio controle desta enfermidade), foram sendo incluídas outras variáveis, como o bem-estar animal e as demandas sociais crescentes de cunho ético/moral. A Fig. 1 ilustra de forma resumida o panorama retratado neste capítulo.

2.1 RAIVA E CONTROLE POPULACIONAL

Em 1973, junto com a iniciativa do CCZ-SP em nível municipal, foi também criado o **Programa Nacional de Profilaxia da Raiva (PNPR)** como um dos “programas prioritários da política nacional de saúde”, firmado a partir do convênio entre Ministério da Saúde, da Agricultura, OPAS e OMS também, visando atividades sistemáticas de controle da enfermidade em todo o país (SCHNEIDER, 1996).

Mesmo com as campanhas de vacinação, a eliminação de cães errantes permanecia como único método disponível de controle populacional de cães e gatos. A título de exemplificação, na edição de fevereiro de 1978 do Boletim de Vigilância Mensal da Raiva emitido pelo Centro de Controle de Zoonoses de SP, foram relatados 5.113 cães capturados, 1.181 cães resgatados, 7.347 cães vacinados, 11 casos de raiva canina e 4.215 cães eliminados no mês (SÃO PAULO, município, 1978).

Figura 1 – Evolução da legislação referente a cães e gatos com repercussão no município de São Paulo.

Evolução da Legislação Referente a Cães e Gatos com Repercussão no Município de São Paulo

Ao longo das décadas, foram se consolidando leis municipais mais específicas sobre o controle populacional dos animais. A Lei Municipal nº 10.309 (22/04/1987) dispunha “sobre controle de populações animais, bem como sobre prevenção e controle de zoonoses no Município de São Paulo”, regulando o desenvolvimento de ações visando tal objetivo. Os meios, entretanto, ainda se limitavam à apreensão e matança de animais errantes não reivindicados em três dias:

DA APREENSÃO DE ANIMAIS

Art. 6º - É proibida a permanência de animais soltos nas vias e logradouros públicos ou locais de livre acesso ao público.

Art. 9º - Será apreendido todo e qualquer animal:

- I. Encontrado solto nas vias e logradouros públicos ou locais de livre acesso ao público;
- II. Suspeito de raiva ou outra zoonose;
- III. Submetido a maus tratos por seu proprietário ou preposto deste;
- IV. Mantido em condições inadequadas de vida ou alojamento;
- V. Cuja criação ou uso sejam vedados pela presente lei.

DA DESTINAÇÃO DOS ANIMAIS APREENDIDOS

Art. 12º - Os animais apreendidos poderão sofrer as seguintes destinações, a critério do órgão sanitário responsável:

- I. Resgate;
- II. Leilão;
- III. Adoção;
- IV. Doação;
- V. Sacrifício

(SÃO PAULO, município, 1987, pg. 2).

A mesma lei proíbe o abandono de animais em qualquer área pública ou privada, mas ainda prevê que animais não mais desejados pelo proprietário possam ser “encaminhados ao Órgão Sanitário responsável” (SÃO PAULO, município, 1987, Art. 15º, parágrafo único).

2.2 CONTROLE DE NATALIDADE: ESTERILIZAÇÃO E GUARDA RESPONSÁVEL

Em 2001, a Lei Municipal nº 13.131 (18/05/2001) atualizou as normas de “criação, propriedade, guarda, uso e transporte de cães e gatos” no município, quando foi estabelecido o **“Programa Permanente de Controle Reprodutivo de Cães e Gatos”**:

DO CONTROLE REPRODUTIVO DE CÃES E GATOS

Art. 33º - Caberá ao órgão municipal responsável pelo controle de zoonoses a execução de Programa Permanente de Controle Reprodutivo de Cães e Gatos em parceria com universidades, estabelecimentos veterinários, organizações não governamentais de proteção animal e com a iniciativa privada.

DA EDUCAÇÃO PARA A PROPRIEDADE RESPONSÁVEL

Art. 34º – O órgão municipal responsável pelo controle de zoonoses deverá promover programa de educação continuada de conscientização da população a respeito da propriedade responsável de animais domésticos, podendo para tanto, contar com parcerias e entidades de proteção animal e outras organizações não governamentais e governamentais, universidades, empresas públicas e/ou privadas (nacionais ou internacionais) e entidades de classe ligadas aos médicos veterinários (SÃO PAULO, município, 2001).

Tornam-se mais rígidas as exigências referentes ao registro dos animais, que deve então ocorrer entre o terceiro e o sexto mês de vida, com pena de multa prevista. O abandono também passa a ser sujeito a multa de R\$ 500,00 por animal abandonado (SÃO PAULO, 2001, Art. 23º).

O Art. 30º da Lei Municipal nº 13.131 (22/03/19) caracteriza maus tratos em 7 itens. A essa altura, somam-se a tais penalidades as sanções previstas pela Lei Federal nº 9.605 (12/02/98), a **Lei de Crimes Ambientais**, que “Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências” (BRASIL, 1998). A mesma Lei Municipal nº 13.131 (de 18 de maio de 2001 (Art. 26º) determina que seja apreendido todo e qualquer cão ou gato encontrado solto em vias e logradouros públicos.

A Portaria da Secretaria Municipal da Saúde nº 4.550 (20/12/2002), instituiu o “**Programa Saúde Animal**” do Centro de Controle de Zoonoses, que já traça objetivos mais detalhados e um comprometimento relativo ao controle ético das populações de cães e gatos com foco nas cirurgias de esterilização:

Art. 1º - Fica instituído, o Programa Saúde Animal - PSA do Centro de Controle de Zoonoses, com os seguintes objetivos:

I - Controle ético das populações de cães e gatos;

II - Prevenção e combate ao abandono de cães e gatos;

III - Compilação de dados e informações sobre as populações de cães e gatos no Município de São Paulo como subsídio aos programas de saúde pública;

IV - Difusão de conhecimentos para o bom relacionamento entre homens e animais;

V - Prevenção das doenças zoonóticas transmitidas pelos cães e gatos;

VI - Conscientização dos deveres dos munícipes em relação aos animais de estimação;

Art. 2º - O controle ético das populações de cães e gatos será desenvolvido por meio do planejamento da natalidade e educação em posse responsável.

§1º - As cirurgias de esterilização (castração) serão utilizadas como método eficaz para o planejamento da natalidade dos cães e gatos.

§2º - Para a população de machos, a cirurgia de esterilização será a orquiectomia e para as fêmeas a ovario-salpingo-histerectomia.

§3º - A população de filhotes poderá ser esterilizada a partir de 8 semanas de vida.

§4º - As unidades de esterilização de cães e gatos serão instaladas em áreas carentes do Município de São Paulo;

§5º - As ações de controle das populações de cães e gatos poderão ser executadas através de parcerias com instituições públicas e privadas, nos termos dos Art. 33 e 34 da Lei nº 13.131, de 18/05/2001, com a finalidade de ampliar a prestação destes serviços à população;

Art. 4º - O Programa Saúde Animal - PSA, acompanhará e avaliará a elaboração de normas e regulamentos para execução de procedimentos de eutanásia, no Centro de Controle de Zoonoses, segundo métodos humanitários.

§ Único - Entende-se como humanitários os métodos que procedam à eutanásia de cada animal com insensibilização e inconscientização anterior às paradas cardíaca e respiratória (SÃO PAULO, município, 2002).

O Código de Proteção aos Animais instituído pela Lei Estadual nº 11.977 (25/08/2005) refere-se a animais de todas as categorias: companhia, produção, entretenimento, ensino e pesquisa. O capítulo terceiro versa especificamente sobre animais de companhia. Na seção 1, determina que todos os municípios do estado de São Paulo mantenham programas permanentes de controle de zoonoses “através de vacinação e controle de reprodução de cães e gatos, ambos acompanhados de ações educativas para propriedade ou guarda responsável” (SÃO PAULO, estado, 2005, Art. 11º). O Art. 12º veda a matança de cães e gatos por métodos considerados cruéis em todo o estado, inclusive a de câmara de descompressão (utilizada até 2001 no município de São Paulo): “câmaras de gás, eletrochoque e qualquer outro procedimento que provoque dor, estresse ou sofrimento”. A segunda seção do capítulo de animais domésticos também proíbe a utilização de animais vivos provenientes dos órgãos de controle de zoonoses ou canis municipais em experimentação animal (SÃO PAULO, estado, 2005).

Em 2007, a Lei Municipal nº 14.262, altera os Art. 23º e 30º da Lei 13.131, determinando que somente animais portadores de enfermidades graves ou causadores de agressões comprovadas poderão ser entregues ao controle de zoonoses (SÃO PAULO, município, 2007). Em 2008, a Lei Estadual nº 12.916 proíbe definitivamente a eutanásia de animais hígidos (SÃO PAULO, estado, 2008).

Mudança importante nas normas referentes à criação e venda de cães e gatos, dado o seu potencial de impacto no controle populacional dessas espécies, foi providenciada pela Lei Municipal nº 14.483 (16/07/2007). A partir de então os animais só podem ser doados ou vendidos devidamente esterilizados (com exceção de vendas para criadores inscritos no Cadastro Municipal de Comércio de Animais - CMCA), além de submetidos a protocolo vacinal e controle de ecto e endoparasitas. No capítulo IV dessa lei são especificadas as condições exigidas no comércio de cães e gatos. Além de esterilizados, os animais devem ser submetidos a implantação de microchip subcutâneo antes da venda (SÃO PAULO, município, 2007)”:

CAPÍTULO IV DO COMÉRCIO DE ANIMAIS REALIZADO POR CANIS E GATIS

Art. 18º - Os canis e gatis estabelecidos no município de São Paulo somente podem comercializar, permutar ou doar animais microchipados e esterilizados.

Apesar de existente há doze anos e da divulgação à época (MIRANDA, 2007), a Lei Municipal nº 14.483 é hoje pouco conhecida mesmo no meio veterinário e acadêmico, e sobretudo pela população de maneira geral. Ainda no que se refere à doação/adoção de cães e gatos, a lei estabelece que sejam:

(...) regidas por contrato específico, cujas obrigações previstas, por escrito, devem contemplar os dados qualificativos do animal, do adotante e do doador, as responsabilidades do adotante, as penalidades no caso de descumprimento, a permissão de monitoramento pelo doador e as condições de bem-estar e manutenção do animal (SÃO PAULO, município, 2007, art. 5º).

O documento define bem-estar animal como “garantia de atendimento às necessidades físicas, mentais e naturais dos animais”, com base nas chamadas 5 liberdades: livres de fome, sede e de nutrição deficiente; de desconforto; de dor, lesões e doenças; de medo e estresse; e, por fim, livres para expressar seu comportamento natural (SÃO PAULO, município, 2007, Art. 5º, parágrafo único; FAWC, 2012). Tendo em vista o bem-estar animal, os aspectos da adoção levados em conta aqui são mais pormenorizados, determinando que o adotante seja informado e conscientizado “sobre a convivência da família com um animal, noções de comportamento, expectativa de vida, provável porte do animal na fase adulta (no caso de filhotes), necessidades nutricionais e de saúde” (SÃO PAULO, município, 2007).

Conforme mencionado no capítulo primeiro deste trabalho (pg. 29), o PROBEM foi criado por meio da Lei Municipal nº15.023 (06/11/2009), junto ao então denominado Núcleo de Proteção e Bem-Estar de Cães e Gatos. Em 2012, o Decreto nº 53.264 estabelece a **Coordenadoria Especial de Proteção e Bem-Estar de Animais Domésticos**, também vinculada à COVISA, que passa a assumir o PROBEM (SÃO PAULO, município, 2012b).

São estabelecidas as atribuições do CCZ (DVZ) quando da execução do PROBEM (Art. 4º), da Coordenadoria Especial de Proteção e Bem-Estar de Animais Domésticos (Art. 5º), as parcerias com ONGs, universidades e empresas (Art. 6º), as condições de recolhimento de animais (Art. 7º) e a dotação orçamentária própria à execução da referida lei (Art. 8º) (SÃO PAULO, município, 2012b).

Cabe ao CCZ desenvolver ações de vigilância e controle populacional, estipular diretrizes na execução do PSA, supervisionar ações direcionadas ao controle reprodutivo de cães e gatos em parceria com ONGs e clínicas veterinárias, avaliar clínica e laboratorialmente os animais recolhidos, garantir o bem-estar dos animais dentro de suas instalações, fiscalizar o comércio de cães e gatos e proporcionar apoio técnico às SUVIS (SÃO PAULO, município, 2012b).

À Coordenadoria Especial de Proteção e Bem-Estar de Animais Domésticos cabe: estipular diretrizes e normas visando o bem-estar animal nas atividades desenvolvidas; descentralizar os alojamentos de cães e gatos “prevendo as formas operacionais de manutenção, reabilitação e recolocação”; atuar na divulgação de informações e educação em guarda responsável; garantir a continuação dos programas previstos pela legislação municipal; gerir atividades nos núcleos regionais de atendimento de cães e gatos e promover adoção e ações preventivas do abandono de cães e gatos (SÃO PAULO, município, 2012b).

O atendimento veterinário tornou-se mais acessível à população também com o advento dos hospitais veterinários públicos. Comentaremos no terceiro capítulo desse trabalho sobre a implantação desses hospitais em mais detalhes. No que diz respeito à legislação, cabe salientar que, embora em 2013 o Decreto Municipal nº 54.720 tenha transferido a gestão de todos os encargos para a SVMA, em 2014, o Decreto nº 55.564 revogou o anterior, dispondo “sobre a gestão compartilhada dos hospitais veterinários de cães e gatos entre as Secretarias Municipais da Saúde e do Verde e do Meio Ambiente” (SÃO PAULO, 2014).

A questão orçamentária se tornou dificultosa também na ocasião da Lei Federal nº 13.426 (30/03/2017) (BRASIL, 2017d), que dispõe em nível federal sobre o controle de natalidade de cães e gatos. O projeto de lei foi elaborado em 2003 (BRASIL, 2003b), e determinava a execução de programas de esterilização em massa e educação em guarda responsável de forma detalhada, especificando o recurso orçamentário a ser repassado aos municípios com tal finalidade e prazos definidos para as ações. O projeto, que levou 15 anos para ser aprovado, teve vetados os artigos:

Art. 4º - O poder público assinalará prazo para os Municípios que não dispuserem de unidades de controle de zoonoses se adaptarem a esta Lei.

Parágrafo único. As unidades de controle de zoonoses que não puderem se adequar à execução do programa de esterilização referido nesta Lei no prazo assinalado poderão atuar em parceria com as entidades de proteção aos animais e clínicas veterinárias legalmente estabelecidas.

Razões do veto

O dispositivo viola a autonomia municipal, insculpida no Art. 18º da Constituição. Além disso, é vago ao definir o responsável a quem o comando normativo se dirige, utilizando-se de expressão que conduz a insegurança jurídica.

Os Ministérios da Saúde, do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão e da Fazenda opinaram pelo veto ao dispositivo a seguir transcrito:

Art. 5º - As despesas decorrentes com a implementação do programa de que trata esta Lei correrão à conta de recursos provenientes da seguridade social da União, mediante contrapartida dos Municípios não inferior a 10% (dez por cento).

Razões do veto

O dispositivo vincula recursos da seguridade social a **programa não vinculado diretamente à saúde**, em ofensa aos Art. 194º e 198º, § 1º, da Constituição. Ademais, o programa teria um impacto fiscal potencial estimado de R\$ 23,4 bilhões, comprometendo o equilíbrio fiscal almejado, associado ao não atendimento dos Art. 16º e 17º da Lei Complementar nº 101, de 2000 (LRF), e do Art. 117º da Lei nº 13.408, de 2016 (LDO 2017) (BRASIL, 2017b) (negrito nosso).

Conforme observamos, os vetos dizem respeito ao uso de verba federal, sob argumento de o programa não seja “diretamente vinculado à saúde” e de limitação do governo federal diante da autonomia dos municípios, conforme previsto pela Constituição (BRASIL, 2017e). A lei, no entanto, parece haver perdido sua função, já que sem a determinação da origem da verba e sem a especificação dos responsáveis pelo projeto não há meios para que ele “saia do papel” (RIBEIRO, 2017).

2.3 LEISHMANIOSE CANINA: MUDANÇA DE ABORDAGEM

As leishmanioses são um conjunto de enfermidades causadas por mais de vinte protozoários do gênero *Leishmania*, transmitidas pela picada da fêmea infectada do mosquito flebotomíneo. Existem quatro formas da doença: leishmaniose dérmica pós-kalazar (LDPK), leishmaniose cutânea (LC), leishmaniose mucocutânea (LMC) e leishmaniose visceral (LV, também conhecida como Kalazar) (WHO, 2017).

A Leishmaniose Visceral Canina (LVC), doença generalizada de evolução crônica causada pelo protozoário *Leishmania infantum chagasi*, é uma zoonose na qual os cães são comumente implicados como os principais reservatórios domésticos do parasita. O vetor dessa variante da doença no Brasil é a *Lutzomyia longipalpis* (SÃO PAULO, 2019). A ocorrência da doença em determinada região depende da presença do vetor e de hospedeiro e reservatório susceptíveis (GONTIJO: MELO, 2004).

No ambiente silvestre, os principais hospedeiros são raposas e marsupiais. A ligação entre o ciclo silvestre e doméstico se torna facilitada pelo fato de algumas espécies desses animais poderem manifestar hábitos sinantrópicos, como os gambás. No ambiente doméstico, seja rural ou urbano, o cão é o principal reservatório, motivo pelo qual se tornou alvo de estratégias de controle da LV no Brasil (GONTIJO: MELO, 2004).

A vigilância epidemiológica procura identificar casos caninos oferecendo métodos diagnósticos gratuitos e determinando notificação obrigatória da doença por parte dos médicos veterinários. No município de São Paulo, a Divisão de Vigilância em Zoonoses disponibiliza o diagnóstico parasitológico e molecular (a partir de fragmentos de órgãos afetados), e sorológico (ensaio imunocromatográfico utilizado como método de triagem e ensaio imunoenzimático – ELISA - como método confirmatório) (SÃO PAULO, 2019).

Tem se observado aumento dos casos de leishmaniose visceral em humanos no país nas últimas décadas, a despeito da sabida subnotificação da doença. Outrora caracterizada como rural e típica de populações pobres, a leishmaniose visceral sofreu expansão geográfica em direção a centros urbanos e extratos sociais diferentes nos últimos anos (DANTAS-TORRES; BRANDÃO-FILHO, 2006).

Queiroz et al. já haviam demonstrado em 2004 que a eliminação de cães acometidos não promovia a redução da incidência da leishmaniose visceral na população canina. O estudo de coorte realizado de 1997 a 2000 no Brasil revelou uma imigração importante de animais na região de Recife (PE) durante o período estudado, substituindo os cães eliminados, sendo que 15% dos novos animais eram positivos para LV (QUEIROZ et al., 2004).

No estado de São Paulo, o estudo de Matsumoto et. al. (2013) refere casos autóctones no período compreendido entre 1990 a 2013, com a enfermidade presente em 100 municípios paulistas à época. Os autores observaram uma distribuição principal entre a região noroeste e oeste do estado, com tendência da espacialização da doença na região oeste. A Fig. 2 ilustra o status dos diferentes tipos de transmissão da LV no estado de São Paulo no ano de 2015.

Silva (2015) referiu, dois anos depois, a possibilidade de transmissão autóctone no município de São Paulo, uma vez observada disseminação do eixo oeste-leste da leishmaniose visceral no Estado de São Paulo, pelo eixo viário.

Figura 2 - Transmissão da Leishmaniose Visceral no Estado de São Paulo (2015).

Fonte: RANGEL et al., 2015.

A Portaria Interministerial nº 1.426 (11/07/2008) “proíbe o tratamento de leishmaniose visceral canina com produtos de uso humano ou não registrados no Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento” (BRASIL, 2008). Em 2014, o “Guia de Vigilância em Saúde” publicado pelo Ministério da Saúde afirma não serem recomendadas “ações objetivando o controle de animais domésticos com LTA” (BRASIL, 2014d), referente à Leishmaniose Tegumentar Americana. O mesmo se preconiza no manual da Leishmaniose Visceral (BRASIL, 2014c). A eutanásia, entretanto, somente fica indicada quando o animal acometido evoluir “para o agravamento das lesões cutâneas, com surgimento de lesões mucosas e infecções secundárias, que poderão levar o animal ao sofrimento”. Ainda, o tratamento de animais doentes não é, dentre desses parâmetros, uma medida aceita para o controle da LTA, pois poderia “conduzir ao risco de selecionar parasitos resistentes às drogas utilizadas para o tratamento de casos humanos” (BRASIL, 2014d).

Em 2016, em nota conjunta, o MAPA e o Ministério da Saúde autorizaram o registro do produto MilteforanTM (miltefosina) para o tratamento da leishmaniose visceral de cães, por não se tratar de medicamento utilizado em humanos no país, pois “de acordo com as evidências científicas geradas até o momento, não apresenta eficácia para ser incorporada no protocolo

terapêutico da leishmaniose visceral”. O documento enfatiza que: “O tratamento de cães com LVC não se configura como uma medida de saúde pública para controle da doença e, portanto, trata-se única e exclusivamente de uma escolha do proprietário do animal, de caráter individual” (BRASIL, 2016b). Em relatório emitido no mesmo ano pelo Ministério da Saúde recomenda-se o uso da miltefosina como alternativa via oral às medicações até então somente injetáveis que dificultavam o acesso das populações carentes ao tratamento (BRASIL, 2016c).

De forma concomitante às controvérsias em relação ao tratamento, surge a discussão sobre a eficácia da vacina canina. O Projeto de Lei Federal nº 1.738 (30/06/2011) (BRASIL, 2019) que propõe política nacional de vacinação contra leishmaniose animal tramita hoje (abril de 2019) em caráter conclusivo na Câmara dos Deputados. O PL enfrentou resistência nos últimos anos. As principais questões seriam o valor estimado da implementação dessa política de vacinação (estimado em 200 milhões anuais) e a dúvida quanto à efetividade da vacina, com margem de segurança oscilando entre 35 e 85% (CASSELA, 2015).

Em contrapartida, aqueles que defendem o projeto afirmam que a cada R\$ 1 gasto com prevenção de doenças em humanos, o governo economiza R\$ 27 de despesas médicas que poderiam vir da contaminação. Enfatizou-se também a importância de parcerias entre o MS, estados e municípios na execução do projeto, inclusive no tocante ao financiamento (CASSELA, 2015).

Por fim, em junho de 2018, a Comissão de Seguridade Social e Família aprovou o PL, que hoje aguarda parecer do relator na Comissão de Finanças e Tributação (CFT):

A vacinação gratuita de animais será obrigatória em todo o País. Além disso, haverá campanha de divulgação sobre a doença; distribuição de coleiras impregnadas com inseticida; capacitação de profissionais para diagnóstico precoce; incentivo à pesquisa de novas vacinas; investimento em laboratórios para imunologia e anatomia patológica; monitoramento contínuo dos hospedeiros; realização de inquéritos sorológicos anuais; e monitoramento de eventuais cepas resistentes.

Os casos de leishmaniose visceral animal são de notificação compulsória às autoridades sanitárias. Os animais infectados deverão permanecer, obrigatoriamente, em clínica veterinária durante todo o período de tratamento, cujo protocolo deverá ser definido em regulamento posterior. A futura lei entrará em vigor decorridos 90 dias de sua publicação.

A fiscalização sobre as vacinas caberá aos órgãos competentes, e as despesas para execução da política nacional correrão à conta das dotações orçamentárias próprias – suplementadas se necessário –, bem como os recursos provenientes de convênios, acordos ou contratos celebrados com entidades, organismos ou empresas (MACHADO, 2018).

Percebemos uma mudança de perspectiva em relação à abordagem do controle populacional e de zoonoses transmitidas por cães e gatos na legislação nas três esferas de governo ao longo das últimas décadas. A aproximação dessas espécies na esfera moral e afetiva na sociedade humana exige o aperfeiçoamento de modelos de controle sanitário que contemplem uma maior complexidade de ações, entre elas projetos educativos, vacinação dos cães, combate ao vetor, diagnóstico precoce e notificação eficiente. Além disso, modelos mais complexos de controle animal, que contemplem esterilização em massa e políticas de proteção animal, se mostraram também mais eficientes do ponto de vista epidemiológico.

CAPÍTULO 3 – POLÍTICAS PÚBLICAS E CONTROLE DE ZOONOSES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.

Os cães e gatos existem em número crescente no município de São Paulo e portanto acabam por ser um importante elemento desta matriz social, complexa em sua essência. Provocam mudanças na convivência das pessoas e ao mesmo tempo estão sujeitos às transformações culturais e políticas voltadas a eles.

Neste capítulo apresentaremos resumidamente algumas das políticas públicas desenvolvidas ao longo do tempo que impactaram a cidade de São Paulo, nas três esferas governamentais. Partindo das relações entre as questões de moradia, urbanização, exclusão social, disponibilização dos serviços e equipamentos públicos no município de São Paulo posicionaremos a evolução das políticas de combate à raiva e dos programas de manejo populacional de cães e gatos, bem como programas voltados à Saúde Única em populações vulneráveis específicas em São Paulo: os acumuladores de animais e a população em situação de rua.

3.1 SAÚDE PÚBLICA E EXCLUSÃO SOCIAL

O conceito de saúde pública foi definido pelo estudioso George Rosen (1979) como:

(...) aplicação de conhecimentos (médicos ou não), com o objetivo de organizar sistemas e serviços de saúde, atuar em fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença controlando a incidência de doenças nas populações através de ações de vigilância e intervenções governamentais (ROSEN, G., 1979, p. 213).

Rosen (1979) ressalta que a aplicação desses princípios depende principalmente de fatores econômicos e sociais. No Brasil e, conforme veremos, especificamente no município de São Paulo, a exclusão social se mostra estruturante da ocupação dos espaços na cidade e, ao mesmo tempo, estruturada pelas políticas públicas do início do século passado em termos de acesso à habitação, um elemento chave em saúde pública, saúde única e medicina preventiva.

Priore (2018) observa que o Código Sanitário do Estado de São Paulo de 1894 determinava que as vilas habitacionais de operários fossem estabelecidas “fora da aglomeração

humana”, enquanto a Lei Municipal nº 413, de 1901, isentava de impostos as vilas construídas “fora do perímetro central”. Estabelecia-se uma segregação de classes que salvaguardava o centro expandido da cidade, onde se concentra, até a atualidade, a população rica, a oferta de serviços e emprego. Tal dinâmica favorece a alocação da maior parte da população à periferia em expansão, incluindo muitas vezes estruturas de submoradia, como as favelas (PRIORE, 2018). Seriam alguns dos resultados da perspectiva higienista do Estado, visão em voga no início do século XX cujas consequências estruturais se observam até a atualidade (LIMA, HOCHMAN, 2000).

O higienismo teve origem em meados do século XIX, quando a saúde pública se tornou uma preocupação política maior diante dos primeiros grandes aglomerados urbanos e vilas industriais no mundo todo. As descobertas de Louis Pasteur vieram a fornecer subsídios para o discurso de promoção à higiene no início do século seguinte, que desafortunadamente acabou imbuído de forte cunho racial e social no contexto nacionalista da Primeira Guerra. O sanitarismo de campanha foi apropriado pelas autoridades na construção de um discurso que se iniciou como promoção da higiene e se desdobrou posteriormente em purificação racial, amparando políticas que afastassem os “impuros”, “degenerados” e “desvalidos” dos locais de grande circulação (LIMA, HOCHMAN, 2000).

Vemos que o discurso médico-sanitarista que serviu de base ao pensamento higienista nas primeiras décadas do século XX deixou marcas históricas na metrópole paulistana não somente em termos de políticas de saúde pública como em termos sociológicos e estruturais (SOBRINHO, 2013).

Conforme discutido no primeiro capítulo do presente trabalho (pg. 18), ainda que já nos anos 1940 a OMS preconizasse um novo modelo de medicina preventiva, essa concepção só viria mais consistentemente na década de 1990 com o SUS (QUINELLATO, 2009).

A falta de planejamento teria aprofundado as desigualdades ao longo das décadas na cidade de São Paulo. No final dos anos 1970 se deu a intensificação do processo de urbanização da metrópole, com incremento populacional vertiginoso e concentrado nas periferias. Até os anos 1990, a ação do Estado se concentrou no centro rico e se ausentou na periferia em expansão, caracterizando o que o sociólogo P. J. A. Hugues (2004) definiu como “percurso histórico de ampliação da desigualdade social”:

São Paulo conduziu o processo de urbanização nas últimas décadas segundo o padrão periférico de crescimento urbano, que norteou a expansão e consolidação das

periferias, gerando uma pluralidade de tempos e circunstâncias de ocupação dessas regiões, marcadas pela heterogeneidade. Em paralelo, os recursos públicos foram canalizados prioritariamente em direção ao desenvolvimento da cidade rica. Esse contraditório processo de desenvolvimento de uma metrópole na periferia do capitalismo levou grande parte dos moradores das periferias, historicamente, à exclusão dos direitos sociais básicos ao trabalho, à saúde e à educação de qualidade, assim como o direito à moradia digna, equipamentos públicos e infraestrutura urbana, o que significou, na prática, um déficit de cidadania e de governabilidade. As contradições verificadas ao longo do processo de urbanização – baseado na autoconstrução, em favelas e loteamentos sem infraestrutura, pautada pela prevalência da especulação imobiliária sobre o direito à cidade – foram denominadas de espoliação urbana, a qual se intensificou em função da dinâmica econômica regressiva nos anos 80 e 90 (HUGUES, 2004, pg. 94).

Assim, a ocupação desordenada dessas periferias desassistidas teria se pautado pela ausência de uma intervenção estrutural por parte do Estado.

O “Mapa de exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo” (SPOSATI, 2000), referente ao período entre 1996 e 2000, se propõe como uma “medida de referência para a cidadania e a inclusão social a partir dos bairros da cidade”, utilizando, para tanto, quatro indicadores, que representariam quatro “utopias” que dizem respeito aos índices de autonomia de renda, desenvolvimento humano, qualidade de vida e equidade” (CAVALCANTI et al., 2008). Segundo o mapa de Sposati (2000), observou-se piora na qualidade de vida em 76 dos seus 96 distritos, com um incremento de um milhão de excluídos, totalizando 8,9 milhões de habitantes vivendo abaixo de um padrão desejável de vida à época, “resultado da ausência ou inadequação de políticas públicas e da carência na oferta de equipamentos sociais” (IZIQUE, 2003).

Em 2013, Dias e colaboradores identificaram correlações positivas entre exclusão social e frequência de domicílio com cão, de domicílio com gato, número de animais por pessoa e tutores que mantêm seus animais na rua (somente 42,5% dos entrevistados mantinham seus gatos em restrição de movimento) no município de São Paulo. Quanto maior a frequência de desempregados nos domicílios, maior a proporção observada de domicílios com cães e/ou gatos. Concomitantemente, houve correlação negativa entre exclusão social e proporção de animais castrados, de animais vermifugados e cuidados veterinários de forma sistemática. No estudo, 11% dos entrevistados referiram nunca haver levado seu cão ao veterinário (DIAS et al., 2013).

Nesse contexto, a distribuição das clínicas e hospitais veterinários, a maior parte concentrada no centro expandido da cidade, se mostra ponto importante. Além da restrição financeira aos serviços em si, a maior parte da população não dispõe de veículo para transportar

seus animais aos hospitais e clínicas particulares (DIAS et al., 2013). O transporte de cães e gatos de até 10 kg é permitido pela Lei Municipal nº 16.125 (11/03/2015) (SÃO PAULO, 2015c). Foi sancionada recentemente a Lei Estadual nº 16.930 (24/01/2019), que estende a permissão para CPTM, metrô e ônibus intermunicipais (SÃO PAULO, 2019).

Visando ampliar o acesso da população ao atendimento veterinário, a prefeitura de São Paulo criou dois hospitais veterinários públicos em parceria com a Associação Nacional de Clínicos Veterinários de Pequenos Animais (ANCLIVEPA-SP), um localizado no Tatuapé, zona leste, inaugurado em 2012, e o segundo, inaugurado em 2014, na zona norte (SÃO PAULO, 2018f).

A ação que disponibilizou o hospital é da Coordenadoria Especial de Proteção a Animais Domésticos (CEPAD), criada em maio de 2012, responsável por medidas de bem-estar animal. As iniciativas são financiadas por recursos do Tesouro Municipal, desvinculados do Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa de Proteção e Bem-Estar Animal (PROBEM) faz parte da CEPAD e tem por objetivo promover um trabalho de educação e conscientização da população, visando à proteção animal, estímulo à adoção consciente e para evitar o abandono de animais de estimação (SÃO PAULO, 2018f).

Conforme nos mostram as estatísticas, as pessoas têm cães e gatos não somente a despeito da baixa renda, como o número de domicílios com cão e/ou gato e o de animais por pessoa é tanto maior quanto maior o índice de exclusão social (DIAS et al., 2013).

3.2 PROFILAXIA DA RAIVA NO MUNICÍPIO DE SP

Essa seção esboça um panorama da evolução do controle da raiva em cães e gatos com repercussão no município de São Paulo, a partir de políticas tanto federais quanto municipais (Fig. 3).

Nas últimas décadas o Brasil apresentou importante redução no número de casos de raiva humana, e sobretudo de casos transmitidos por cães. O gráfico da Fig. 4 nos mostra a influência direta da cobertura vacinal dos animais nos casos humanos e caninos entre os anos de 1999 e 2015.

Figura 3 - Evolução de políticas de controle da raiva no município de São Paulo desde 1968.

Controle da Raiva no Município de São Paulo a partir de 1968

*Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b).

Figura 4 - Casos humanos transmitidos por cães, raiva em cães e cobertura de vacinação em cães, Brasil, 1999-2015.

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, 2015b.

Conforme mencionado no capítulo anterior, as campanhas de vacinação contra raiva em cães e gatos são realizadas desde 1968. O **Programa Nacional de Profilaxia da Raiva** (PNPR) foi criado em 1973 pela então denominada Fundação de Serviços de Saúde Pública, posterior Fundação Nacional da Saúde (FNS). Durante a década de 1980 o PRPN foi estruturado em todo o país, de maneira que, nos primeiros cinco anos, os casos humanos se reduziram em 78% e os caninos em 90% (SCHNEIDER et al., 1996). Em 1996, o programa passou a ser coordenado pelo Instituto Pasteur, em São Paulo (SÃO PAULO, 2018g).

No ano de 2000, o IP publicou o “Manual Técnico do Instituto Pasteur: Educação e promoção da saúde no Programa de Controle da Raiva”, destinado a profissionais na área de educação em saúde, já em uma abordagem que conferiu espaço ao papel da posse responsável

no controle populacional de cães e gatos dentro do panorama geral do controle da raiva (REICHMANN et al., 2000).

Grisi-Filho e colaboradores (2008) estimaram na campanha de 2002 na cidade de São Paulo uma cobertura vacinal de 54%. No mesmo estudo, calculou-se a necessidade de 1.729 postos para que se atingisse uma cobertura de 70%, diante de uma média de 700 animais por posto e uma população estimada de 1.490.500 cães e 226.954 gatos à época.

Em 2018, a ação ocorreu em 1926 postos de vacinação distribuídos pelos distritos durante as campanhas, além da oferta contínua na DVZ (SÃO PAULO, Município, 2018g).

No Brasil, já foram identificadas 5 variantes antigênicas e/ou linhagens genéticas do vírus da raiva, sendo as variantes 1 e 2 (AgV1 e AgV2) as formas que tem os cães como reservatório principal, AgV3 tendo o morcego hematófago *Desmodus rotundus*, AgV4 e AgV6 os morcegos insetívoros *Tadarida brasiliensis* e *Lasiurus cinereus* (CAMPOS, 2011).

O trabalho de Martins (2015) investigou o sistema de vigilância epidemiológica atual da raiva no estado de São Paulo, indicando que a raiva canina e felina causada pela AgV2 não ocorre no estado há mais de dez anos, sendo as ocorrências das variantes AgV3 e AgV4 nessas espécies esporádicas e dispersas no tempo e espaço, caracterizando uma “mudança do status sanitário do estado para área controlada e possivelmente livre”.

Contudo, a autora constata que o sistema de vigilância carece de flexibilidade na adaptação às mudanças ocorridas na dinâmica da doença: a estrutura ainda apresenta características de um esquema voltado a uma situação de epidemia, tal como à época em que o programa foi criado. Isso implica hoje em baixa sensibilidade e detecção tardia de casos e representa um risco de reintrodução da doença (MARTINS, 2015).

Quanto ao controle em animais de companhia, cabe enfatizar que a vacinação e o controle reprodutivo geram melhores resultados no controle da raiva do que a eliminação em massa de animais errantes (WHO; WSPA, 1990). São poucos os estudos demográficos hoje que abarquem as populações de cães e gatos nas cidades brasileiras, quantitativa e qualitativamente, a despeito da importância desse tipo de trabalho para a condução de ações mais efetivas para o próprio controle da raiva, na linha do que preconiza a OMS desde 2001 (KARTAL et al., 2018).

As tabelas 1, 2 e 3 referem-se ao número de cães e gatos vacinados, castrados e doados pela prefeitura de SP de 2006 a 2017, respectivamente. Existe uma oscilação expressiva desses números. No que diz respeito à vacinação (Tabela 1), chama a atenção o ano de 2010, quando a campanha foi interrompida devido à ocorrência de reações vacinais acima do previsto (DIAS et al., 2013).

Grisi-filho et al. (2008) estimaram uma população de 1.490.500 cães e 226.954 gatos em 2008 (calculando a partir da população humana) e, associando ao dado referido pelo autor de 926.462 cães vacinados em 2002, refere uma cobertura vacinal de 50% e considera uma meta ideal de 70% dos animais.

Percebe-se, em geral, que a porcentagem de cobertura vacinal divulgada pela prefeitura fica acima do percentual de animais efetivamente vacinados pela própria prefeitura. Os dados da prefeitura não incluem informações de animais vacinados pela rede privada, nem especificam a estimativa populacional utilizada no cálculo da cobertura vacinal. Desta forma, fica impossível confirmar a hipótese da população estar com cobertura vacinal adequada ou não.

Quanto ao número de cirurgias de esterilização, observamos um aumento importante das intervenções tanto em cães como em gatos até os anos de 2012 e 2013, a partir dos quais os números parecem se estabilizar (Tabela 2). Os dados fornecidos pela DVZ não informam se as esterilizações foram ou são realizadas de maneira focal, isto é, com base em estudos censitários que permitam intervenções concentradas em áreas de alta densidade e/ou alta taxa de reposição populacionais (altas mortalidades e natalidade, simultaneamente).

O número de animais adotados se manteve entre 500 e 600 por ano, tanto para cães como gatos. Chama a atenção no entanto a variação entre 2016 e 2017, quando o número de cães adotados caiu em 42,7% e o de gatos em 40,2% (Tabela 3).

Tabela 1 - Vacinação de cães e gatos pela Prefeitura de São Paulo.

Ano	Cães	Gatos
2006	898.927	148.453
2007	914.741	173.865
2008	879.405	187.255
2009	892.378	221.152
2010*	197.140	50.410
2012	701.805	216.355
2013	662.921	195.813
2014	538.662	170.866
2016	604.146	225.231
2017	666.810	264.320

Fonte: Boletim DVZ. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/boletim_dvz_-_junho_2018_07_08_1534172286.pdf.

Observação: Não houve campanha de vacinação contra raiva nos anos de 2011 e 2015.

*2010 – Campanha foi realizada parcialmente. Município de São Paulo optou pela interrupção da vacinação por constatação de reações vacinais acima do previsto.

Tabela 2 - Esterilização cirúrgica de cães e gatos pela Prefeitura de São Paulo.

Ano	Cães	Gatos	TOTAL
2007	14.836	11.963	26.799
2008	7.779	8.252	16.031
2009	21.149	18.597	39.746
2010	25.900	23.413	49.313
2011	54.605	57.231	111.836
2012	54.438	60.711	115.149
2013	53.226	63.759	116.985
2014	31.438	40.436	71.874
2015	42.896	53.787	96.683
2016	38.720	51.120	89.840
2017	39.731	55.512	95.243
TOTAL	384.718	444.781	829.499

Fonte: Boletim DVZ. Disponível em : https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/boletim_dvz_-_junho_2018_07_08_1534172286.pdf.

Tabela 3 - Adoção de cães e gatos pela Prefeitura de São Paulo.

Ano	Cães	Gatos
2008	542	560
2009	544	637
2010	548	600
2011	521	574
2012	556	697
2013	681	662
2014	621	674
2015	635	570
2016	700	437
2017	401	261

Fonte: Boletim DVZ. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/boletim_dvz_-_junho_2018_07_08_1534172286.pdf.

Visto que não compete mais à prefeitura a apreensão de cães e gatos errantes, poderíamos a princípio assumir que a adoção não seria papel relevante da mesma. As campanhas de esterilização e adoção são realizadas pela prefeitura em parceria com ONGs, mas não é divulgada a identidade ou número de entidades envolvidas. Tampouco dispomos de dados quanto ao número de esterilizações e adoções promovidos pelas ONGs sem a parceria com a prefeitura, assunto que mereceria atenção em pesquisas futuras.

3.3 O PROGRAMA CÃO COMUNITÁRIO

O conceito de cão errante ou “de rua” se torna menos categórico sobretudo nos países em desenvolvimento, onde são mais frequentes as circunstâncias em que inexistente alguém que se denomine “proprietário” do animal, o qual passa a maior parte do tempo livre nas ruas e tem pouco ou nenhum acesso a tratamento veterinário (KARTAL et al., 2018). Podemos também enquadrar nesse limbo os cães e gatos “de comunidade” e mesmo os animais pertencentes à população de rua, por se encontrarem em condições similares. Essa população de animais errantes se torna a peça chave no controle epidemiológico de doenças como a raiva.

O “Programa Cão Comunitário”, embasado pela Lei Estadual nº 12.916 (16/04/2008), é uma estratégia consoante com o paradigma de Saúde Única e Bem-Estar aplicado por meio de uma ação conjunta entre poder público e comunidade (SÃO PAULO, 2008).

Define-se por cão comunitário “aquele que estabelece com a comunidade em que vive laços de dependência e de manutenção, embora não possua responsável único e definido”. A

lei prevê a determinação de uma pessoa responsável pelo animal que, no entanto, não assume a responsabilidade de tutor:

Art. 4º - §1º:

O animal reconhecido como comunitário será recolhido para fins de esterilização, registro e devolução à comunidade de origem, após identificação e assinatura de termo de compromisso de seu cuidador principal (SÃO PAULO, 2008).

Supervisionados em certa medida e submetidos a controle reprodutivo, vermifugação, vacinação e cuidados básicos, esses cães oferecem uma **barreira sanitária e reprodutiva** à comunidade, impedindo a migração de animais não vacinados e eventualmente ferais (MOLENTO, 2014; ALMEIDA, 2017). Apesar da importância desse tipo de abordagem, com o cadastro, esterilização e imunização dos animais seguidos de soltura, ainda são poucos os trabalhos acadêmicos voltados para animais comunitários (GARCIA, 2009; MOUTINHO et. al., 2015)

3.4 POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

3.4.1 Transtorno de Acumulação

O rápido processo de urbanização já foi associado por alguns autores ao aumento de transtornos mentais na população. Configuram cerca de 12% das enfermidades do globo, representando um alto custo em saúde pública e de particular impacto em países de vulnerabilidade social como o Brasil (CUNHA et al.; 2017).

Algumas disfunções mentais são intrinsecamente atreladas a zoonoses, saúde pública e questões de bem-estar animal, como o Transtorno de Acumulação (TA). Em São Paulo se mobiliza hoje uma gama de instituições acerca do desafio representado pelo TA: CCZ, SUVIS, Supervisão Técnica em Saúde, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Proteção Jurídico Social e Apoio Psicológico, Defesa Civil e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (SÃO PAULO, 2015a; 2015b).

O TA é atualmente entendido como uma disfunção mental de natureza compulsiva, na qual o indivíduo é compelido a adquirir objetos sem utilidade e/ou animais desenfreadamente,

tornando-se incapaz de deles se desfazer, mesmo quando a condição se torna insalubre e disfuncional. São também característicos do TA um estado de profunda negação em relação à doença e à adversidade das circunstâncias e o isolamento social, o que dificulta muito a abordagem terapêutica (SCHMIDT et al., 2014). Estima-se que uma ou duas em cada cem pessoas sejam afetadas pelo TA, mas não existem por hora estudos epidemiológicos que deem suporte a esse tipo de informação (BURKI, 2018).

Os acumuladores de animais, especificamente, apresentam algumas idiossincrasias em relação às pessoas que restringem a atividade a objetos e lixo. Há estudos que descrevem as condições dos acumuladores de animais como mais esqueléticas, e com maiores taxas de reincidência após intervenções terapêuticas. O TA de animais parece mais prevalente entre mulheres, tendendo a limitarem-se a uma espécie, em geral cão ou gato (CUNHA et al.; 2017).

Segundo Patronek e Nathanson (2009), embora os casos de acumulação se tornem frequentemente notáveis pelo grande número de animais envolvidos, não é o número que determina o transtorno, mas a falta de condições mínimas de higiene e cuidado para com eles, a incapacidade de perceber o problema por parte do tutor (estado de negação) e a determinação em manter e até aumentar o número de animais.

A despeito da dimensão do problema e das diversas implicações em saúde pública, existem ainda poucos estudos epidemiológicos sobre o TA. Os primeiros estudos nos EUA foram conduzidos nos anos 1980, com a descrição de 31 casos na cidade de Nova York (WORTH, BECK, 1981). Até hoje, a maioria dos estudos existentes se atém à descrição de casos e aspectos demográficos (TAVOLARO, CORTEZ, 2017).

Lockwood (2018) revisou uma série de relatos de casos nos EUA, chegando ao perfil majoritário do acumulador como mulheres de meia idade a idosas, solteiras, divorciadas ou viúvas em sua maioria, tendendo a acumular uma só espécie, majoritariamente gatos. Segundo os estudos revisados por Lockwood, o transtorno se manifesta em todas as faixas de renda, aspecto que pode se mostrar diferente no Brasil, onde Cunha e colaboradores (2017) identificaram correlação negativa significativa entre número de casos de TA e renda média da população, bem como correlação positiva entre o número de casos de TA e a densidade populacional humana dos bairros na cidade de Curitiba – PR. Conforme observa Cunha, uma possibilidade de viés válida a se considerar é a de que, conforme se eleva a densidade populacional, maiores as chances de que seja prestada queixa contra um acumulador, já que o estudo se valeu das queixas prestadas como ferramenta de pesquisa. Entretanto, essa correlação vai ao encontro das estatísticas mencionadas no início do presente subcapítulo, reiterando que

as altas densidades dos centros urbanizados se relacionam frequentemente à maior prevalência de transtornos mentais.

É importante ressaltar que no Brasil tais levantamentos referentes a acumuladores de animais são ainda mais escassos. Até o momento, além do trabalho de Cunha em Curitiba, existe o de Tommaso (2017), na cidade de São Paulo. O estudo partiu de denúncias dirigidas ao Sistema de Atendimento ao Cidadão (SAC) no município de São Paulo no período entre 2006 a 2015. Foram contabilizadas 72.819 denúncias referentes a excesso de animais, em sua maioria cães, dos quais apenas 50% foram confirmados na ocasião da inspeção. A autora chama a atenção para a baixa resolutividade dos casos confirmados e os problemas de qualidade das informações e dificuldade em recuperá-las devido à falta de padronização dos registros.

A subnotificação dos casos é outra limitação importante, já que o acumulador se caracteriza pelo isolamento na tentativa de ocultar a sua condição (LOCKWOOD, 2018). Além disso, o limbo classificatório em que se encontrava o TA até pouco tempo atrás era impeditivo para abordagens médicas e políticas voltadas especificamente ao assunto. O reconhecimento do TA por parte de organizações internacionais representa um avanço importante na conscientização de comunidades e promoção de políticas públicas voltadas a esse problema de maneira integrada (BURKI, 2018).

Legalmente, os casos de acumulação de animais se tornam complexos uma vez que passamos a considerar o indivíduo infrator como portador de um transtorno mental. Até então, os casos se enquadravam exclusivamente em processos civis e penais relativos a dano a patrimônio de terceiros, maus tratos a animais e ameaça à saúde pública. Uma vez apreendidos os animais, é praticamente certa a reincidência da infração. Se existe alguma chance de recuperação dessas pessoas, seria por meio de uma intervenção terapêutica multiprofissional integrada e aceita voluntariamente pelo réu (HARC, 2002; ARLUKE et al., 2017; LOCKWOOD, 2018).

A **atividade comunitária** seria a chave para a ruptura do isolamento social e engajamento dessas pessoas em um processo de recuperação. De acordo com Patroneck et al. (2006):

O transtorno da acumulação de animais é um comportamento multifatorial e abrangente. Um dispositivo importante na abordagem de casos é a unidade básica com suas equipes multidisciplinares de Estratégia Saúde da Família (ESF). A equipe contempla a vigilância e prevenção das doenças e possui uma forte ação comunitária. Com isto pode detectar as questões que repercutem nas condições de saúde do entorno (PATRONECK et al., 2006 *Apud* RAFAEL; MORAES, 2018).

No Brasil, a ESF, com o recurso da Atenção Domiciliar, reúne condições para viabilizar a atenção aos portadores de TA. Existem, evidentemente, limitações importantes também nesse aspecto, considerando a necessidade de recolhimento e atenção aos animais envolvidos. Seriam necessários esforços intersetoriais e articulação da rede de serviços referente à fiscalização, vigilância, serviço social e programas voltados ao meio ambiente (RAFAEL, MORAES, 2018).

Na prefeitura de São Paulo existem hoje estruturas específicas de atenção a portadores de TA. O Centro de Controle de Zoonoses de São Paulo - CCZ/SP possui uma **Subgerência de Vistoria Zoosanitária – SVZ**, composta por veterinários, psicólogos e biólogos, implantada em 1987 (SÃO PAULO, município, 2018h; TOMMASO, 2017). O Decreto Municipal nº 57.570 (28/12/2016) (SÃO PAULO, município, 2016b), instituiu a “**Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação**”, que prevê a integração de órgãos municipais das secretarias municipais da Saúde, de Assistência e Desenvolvimento Social, Verde e Meio Ambiente, Direitos Humanos, Cidadania e Limpeza Urbana e Subprefeituras.

Rafael e Moraes (2018) apontam algumas das funções e desafios da iniciativa:

Os profissionais de saúde da ESF podem sentir-se desmotivados frente a realidade, contudo devem se reconhecer como agentes construtores de alternativas. Apoio psicossocial ao indivíduo, incentivo e campanhas de esterilização de animais, suporte ao controle zoonosário, oferta de condições mínimas, feiras de adoção, avaliação clínico veterinária dos animais são algumas das possibilidades de ações viáveis a serem estabelecidas com parceiros. (...) Acompanhar os indivíduos portadores do transtorno de acumulação de animais de forma particularizada e integral, pode ser o caminho para compreender as dinâmicas que permeiam o comportamento. A aproximação e vínculo com o sujeito é uma das chaves para procedimentos eficientes e efetivos (RAFAEL, MORAES, 2018).

Para Cunha e colaboradores (2017), o médico veterinário assume papel indispensável nesse cenário em parceria com os profissionais de saúde mental na identificação dos casos e desenvolvimento de estratégias acertadas de intervenção. Tão fundamental quanto a presença do médico veterinário nas equipes de suporte ao acumulador compulsivo de animais é a compreensão por parte desse profissional de que aqueles animais acumulados têm, para o tutor, a função de suprir necessidades humanas profundas. Neste contexto, a resolução dos casos é árdua, lenta e dispendiosa, passando por diferentes jurisdições: saúde mental, saúde pública, zoneamento, controle de animais, saneamento e assistência social (TOMMASO, 2017).

Ainda no que se refere às atribuições do médico veterinário, cabe ressaltar a importância

de estudos, ainda incipientes, sobre o fenômeno de acumulação de animais, o que de fato cabe às diversas áreas de conhecimento humanísticas e em saúde (RAFAEL, MORAES, 2018). Existem hoje algumas iniciativas no país, como o grupo multiprofissional de pesquisa em “Avaliação, Reabilitação e Interação Humano-Animal”, na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e o grupo multiprofissional de protocolos de atenção para a acumulação de animais no Paraná (TOMMASO, 2017).

3.4.2 População em situação de rua

Assim como as pessoas portadoras de T. A., a população em situação de rua (PSR) é marcada por uma vulnerabilidade peculiar às zoonoses e outros agravos, devido aos próprios fatores que a definem: miséria, isolamento social e hiperexposição ao ambiente, geralmente insalubre. Segundo o Decreto Federal nº 7.053 (23/12/2009) (BRASIL, 2009a, p.1), pode-se definir a PSR como “grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular [...]”.

No Brasil, o “I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua” (BRASIL, 2009b) contabilizou cerca de 31.922 pessoas em situação de rua no ano de 2009. No município de São Paulo, o censo realizado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) em parceria com a prefeitura estimou uma PSR de 8.706 no mesmo ano. Em 2015, esse número subiu para 15.905, um aumento de 82,7% em relação ao recenseamento de 2000. A variação anual da população total de São Paulo foi de 0,7%, enquanto a da PSR foi de 4,1%, indicando o aumento da participação dessa população no total da cidade (FIPE; SÃO PAULO, 2015)

Das 15.905 pessoas em situação de rua recenseadas pela FIPE (2015), 7.335 (46,1%) foram consideradas moradores de rua propriamente e 8.570 (53,9%) consideradas acolhidos. Entre os acolhidos, pouco mais de 80% declararam viverem sós, e, entre as pessoas recenseadas nas ruas, 69% declararam o mesmo. Ao contrário da população domiciliada, a PSR de São Paulo se concentra na Região Central do município, principalmente nos Distritos Administrativos da Sé, República e Santa Cecília e parte da Região Sudeste nos Distritos Administrativos do Brás, Mooca, Tatuapé e Belém.

A Política Nacional de Atenção Básica instituiu em 2011 equipes denominadas de Consultórios na Rua, deslocando profissionais e estrutura de assistência para fora dos serviços

de saúde e dos domicílios e em direção às necessidades da população em situação de rua (ROSA; SANTANA, 2018). O “Documento Norteador dos Consultórios na Rua” (SÃO PAULO, município, 2016c, pg. 18) esclarece que:

Conhecer o território não se limita a definição do espaço geográfico, mas envolve uma compreensão dos sentidos atribuídos a cada local (onde dormem, onde comem, onde fazem necessidades, onde usam drogas), das relações que podem favorecer ou barrar acessos da equipe, dos atores locais e seus papéis sociais nos grupos, dos equipamentos existentes e que podem ser articulados para ações da equipe, etc. (...) O território de cada uma das equipes de consultório na Rua não deverá estar circunscrito à área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde, Supervisão Técnica de Saúde ou Coordenadoria Regional de Saúde, mas sim baseado no diagnóstico local de permanência e itinerância das pessoas em situação de rua.

Alguns autores já apontaram para o fato de que a situação de rua parece marcada pela ruptura social e familiar. O indivíduo sai de casa por conflitos familiares frequentemente (mas não necessariamente) associados ao consumo de drogas e/ ou doenças mentais, que serão, por sua vez, potencializados com o isolamento e as dificuldades sofridas nas ruas (CUNHA, 2015; FIPE; SÃO PAULO, 2015).

Contudo, há uma parcela significativa da PSR composta por famílias, o que nem sempre é contemplado pelas estruturas institucionais. Ao impor a separação dessas famílias pelo perfil de gênero e idade, muitas optam por permanecer na rua (LABECQUE, WALSH, 2011). O mesmo se dá com animais de companhia, notadamente cães.

No Brasil pode haver ou não nos serviços de acolhimento à população de rua espaço para acomodação de animais junto a seus donos (BRASIL, 2012). Dos 20 Centros Temporários de Acolhimento (CTAs) no município, com capacidade para cerca de 4 mil pessoas, 10 deles possuem canis com baias individuais, perfazendo 120 vagas para cães (SÃO PAULO, município, 2019b).

Assim como observamos com o acumulador, muitas vezes o animal representa o último vínculo afetivo-social da pessoa em situação de rua, estabelecendo uma relação provedora de confiança e de laços de pertencimento outrora rompidos junto com a estrutura familiar (SPOSATI, 2009). Afastar-se do animal é particularmente difícil nessas circunstâncias.

Existe nas grandes metrópoles uma tendência ao isolamento da população em seus domicílios e ao estreitamento do vínculo com animais de estimação, que passam ao status de membro da família (BRANDÃO, *n.d.*). Há, entretanto, indícios de que tal processo não se

restringa à população domiciliada. As dificuldades e a exclusão que a PSR enfrenta parece potencializar esse processo de aproximação com o cão (CUNHA, 2015).

A manutenção desses animais se torna um complexo tema de saúde pública já que, dado o grau de vulnerabilidade e a escassez de recursos, os cães estão sujeitos à procriação descontrolada e à propagação de doenças aos seres humanos. Não obstante, as incipientes publicações científicas sobre a relação Homem-cão parecem voltar-se em sua maioria para a população domiciliada (COSTA et al., 2009). De acordo com Cunha (2015), “quando se toma como foco o relacionamento específico entre cães e pessoas em situação de rua, a incipiência se mostra ainda mais notória, apesar de se tratar de fenômeno que abarca questões interessantes, tanto de cunho individual quanto social e de políticas públicas”.

No município de São Paulo, a PSR tem a possibilidade de acesso à atenção básica por meio dos postos, UBS, Assistência Médica Ambulatorial (AMA), CAPS e Equipes do Consultório na Rua. A Estratégia de Saúde da Família Especial, voltada para famílias em situação de rua, foi estabelecida na região central, que concentra 79% da população de moradores em situação de rua (SÃO PAULO, município, 2009a). De acordo com a FIPE, em 2009, 71,3% das pessoas acolhidas em albergues e 57,6% das pessoas em situação de rua beneficiavam-se desses serviços de atenção básica; 44,2% e 42,1%, respectivamente, recorriam a atendimento emergencial e uma menor proporção procurava o CAPS e o Consultório na Rua (FIPE, 2015).

Conforme mencionado nesse capítulo, é premente a presença do médico veterinário nas redes multidisciplinares de assistência, o que não ocorre de forma sistemática até o momento (GRAVINATTI et al., 2017). Para Singer (1995), a pessoa em situação de rua e o animal devem ser abordados como uma unidade para ações mais efetivas em saúde. Tal associação provê estabilidade emocional, autoestima e motivação para ambas as espécies, ao mesmo tempo em que potencializam os riscos de doenças oportunistas em uma população não raro imunossuprimidas por agravos como HIV, tuberculose e abuso de álcool e outras drogas (JOINT, 2000; AUERSWALD, 2016; CASPERMEYER, 2017).

Gravinatti e colaboradores (2017) sintetizam a importância da abordagem da PSR a partir do conceito de Saúde Única:

Animais de estimação devem ser incluídos no censo nacional e sua saúde considerada como parte da saúde dos sem-teto, como um dos mais fortes (ou talvez últimos) laços com a sociedade e seus valores humanitários. Além disso, animais de estimação podem ser excelentes sentinelas animais, públicas e ambientais em muitas situações,

particularmente em zoonoses, fazendo com que o monitoramento da saúde de animais de estimação seja de interesse crucial para a uma iniciativa abrangente em Saúde Única aplicada à população em situação de rua. (GRAVINATTI et al., 2017, tradução nossa).

3.5 POLÍTICAS PÚBLICAS E PARTICIPAÇÃO POPULAR

O regime democrático brasileiro contemporâneo comporta um formato pluralizado de representação na gestão política em esfera local. Os Conselhos Locais (ou municipais) de Saúde (CLS) são a principal ferramenta pela qual se dá tal pluralidade representativa. Além da sociedade e associações civis, representantes dos trabalhadores em saúde e das instituições governamentais, movimentos sociais e ONGs tem também tal oportunidade de ação junto aos CLS (BORBA, LÜCHMANN, 2010).

Conforme abordamos anteriormente nesse capítulo, o crescimento demográfico em São Paulo ocorreu em direção à periferia, sendo a maior parte da população excluída do centro expandido, onde se concentraram os serviços. Tal problema estrutural não é passível de modificação da noite para o dia, mas certamente deve ser levado em conta na concepção de políticas públicas, não somente, mas inclusive, em saúde (SÃO PAULO, 2011). Dirce Koga, pesquisadora e coautora do “Mapa da Exclusão e Inclusão Social de São Paulo” (SPOSATI et al., 2000), em entrevista concedida ao jornal GGN, afirma que cabe à organização popular o contrabalanço da estrutura desigual de oferta e serviços no município de São Paulo (MILENA, 2018).

Lisboa e colaboradores (2016) analisaram a estrutura, limitações e oportunidades do Conselho Local de Saúde da cidade de Anchieta, no estado do Espírito Santo, e se depararam com questões que possivelmente coexistem em conselhos de outras localidades. Foram identificadas limitações no que diz respeito à educação permanente dos conselheiros que, uma vez indicados e eleitos, possuem dúvidas quanto ao exercício do seu papel. Carecem de capacitação, reuniões organizadas pela gestão, apoio e esclarecimento de suas funções, sentem-se inseguros em termos de conhecimento teórico e organizacional.

Dirce Koga (MILENA, 2018) esclarece: “[O problema] é que a mediação do próprio trabalho [da gestão pública] é sempre feita numa lógica de que quem sabe fazer política é o profissional que atua na política e não o cidadão que sofre todas as consequências e que demanda essa política”. Ainda no estudo de Lisboa e colaboradores (2016), identifica-se que a

comunidade em geral desconhece os CLS e se posiciona de maneira “descrente em relação ao Estado como provedor de direitos legalmente garantidos”.

A alienação e desligamento da população dá lugar a uma gestão política centralizada, burocrática, elitizada e ineficiente, uma vez que é a experiência da população que serve de base aos planos de governo. A demanda pública se torna cada vez mais imediata, individual e clientelista. O funcionamento dos próprios conselhos gestores fica comprometido se não dispõe de elos consistentes com outras instâncias representativas, como associações de moradores, órgãos públicos de defesa e proteção ao cidadão (KEINERT; OLIVEIRA, 2018; LISBOA et. al., 2016).

Sob a perspectiva da Saúde Única, pode-se entender que o sistema se torna funcional à medida que os agentes de saúde são os próprios usuários do SUS, ou seja, a gestão se dá de dentro para fora, a partir de um lugar de conhecimento da realidade local, dos problemas e valores daquela comunidade que permeiam a relação entre humanos, outros animais e meio ambiente.

CAPÍTULO 4 - DISCUSSÃO

Vimos na introdução deste trabalho que uma grande mudança de concepção em saúde ocorreu no Brasil ao longo do século XX que hoje se desdobra no entendimento da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. As políticas públicas em saúde tiveram início há pouco mais de um século, e vem sofrendo uma transição que parte de intervenções de caráter eminentemente higienista no início do século XX para projetos dentro de uma visão de medicina preventiva de forma mais integrada e universal (BRASIL, 1988; BENEVIDES; PASSOS, 2005; CARVALHO, 2013).

O conceito de Saúde Única (Introdução, §1, pág. 17) é ainda mais recente, alvo de atenção a partir do fim do século XX e início do XXI. Tendo-o em mente, as políticas de controle de zoonoses, mais especificamente as transmitidas por cães e gatos, e o próprio controle populacional dessas espécies sofreram mudanças importantes nas últimas décadas, conforme observamos no terceiro capítulo (OHI, 2012; OIE, 2018). Doenças como a raiva e, mais recentemente, a leishmaniose tornaram prementes políticas públicas cada vez mais específicas e mais eficientes.

A emergência da raiva no século XX impulsionou o início da infraestrutura de controle de zoonoses no município de São Paulo de que dispomos hoje. Os estudos levantados (pág. 47) nos mostram que, embora controlada, a raiva não pode ser negligenciada e requer um trabalho de vigilância permanente, já que sempre existirão os reservatórios silvestres e sinantrópicos (MARTINS, 2015). Hoje, a manutenção do status epidemiológico de doença controlada no município se dá graças às campanhas anuais obrigatórias e gratuitas de vacinação de cães e gatos. O alcance da campanha vai além da DVZ, ocorrendo também em 12 UVIS distribuídas pela cidade (SÃO PAULO, 2018c).

Sabe-se que a cobertura vacinal ideal dos animais é de 70% (GRISI-FILHO et al., 2008), e a prefeitura disponibiliza o número de animais vacinados todos os anos, mas os estudos censitários voltados a cães e gatos, a despeito da sua importância, ainda são poucos.

A leishmaniose visceral foi outra zoonose de relevância em saúde pública abordada neste trabalho. Diferentemente da raiva, a LV mostrou um avanço tão importante no estado de SP nas últimas décadas que colocou em discussão a efetividade das políticas de controle até então adotadas. Apesar da ausência de legislação específica, os manuais do MS e as orientações do CFMV por muito tempo seguiram a linha da eutanásia sistemática de animais positivos (BRASIL, 2014b). Há estudos indicando o insucesso dessa abordagem, com piora do avanço

geográfico da doença, já que as pessoas passaram a esconder e deslocar seus animais doentes e não tratados (QUEIROZ et al., 2004; MATSUMOTO et al., 2013).

Uma alternativa a este cenário reside na ampliação do entendimento das variáveis envolvidas neste processo. Quanto aos cães infectados, vimos que o MS preconiza que eles não sejam tratados com medicamentos de uso humano, a fim de prevenir a resistência do protozoário aos fármacos (BRASIL, 2008). No Brasil, a miltefosina foi então recentemente liberada para uso veterinário, posto que não é usada no tratamento de seres humanos no Brasil (BRASIL, 2016b; 2016c). Cabe ressaltar o papel do diagnóstico e da notificação compulsória efetivos, eficazes e precoces dos casos, tanto humanos quanto caninos (GONTIJO; MELO, 2004; DANTAS-TORRES; BRANDÃO-FILHO, 2006).

Quanto à prevenção, existe ainda hoje um debate acerca da efetividade das vacinas hoje disponíveis, enquanto tramita o Projeto de Lei Federal 1738/2011, propondo a vacinação gratuita e obrigatória de cães em todo o país (MACHADO, 2019). Atualmente a Leish-Tec[®] (Ceva) é a única marca autorizada no Brasil (BRASIL, 2014e). Campos et al. (2017) demonstraram em estudo clínico acompanhando 22 cães imunizados com o produto com 30 dias, 6 meses e um ano após a vacina, sendo todos negativos na soroconversão pelo protocolo sorológico utilizado pelo Ministério da Saúde (teste imunocromatográfico rápido DPP[®] - Dual Path Platform- e ensaio imunoenzimático - EIE). O uso da coleira repelente é outro ponto de controle que leva em conta o papel do vetor na cadeia epidemiológica, e deve vir a somar-se ao uso da vacina como medida preventiva.

A revisão das políticas públicas e leis voltadas ao controle dessas duas zoonoses buscou elucidar a importância da abordagem em Saúde Única. Se por um lado o pensamento integrado em saúde humana, animal e ambiental parece ainda não tão difundido e esclarecido quanto o ideal - o que se expressa, por exemplo, no pequeno número de médicos-veterinários em equipes do NASF (TONIN; DEL CARLO, 2016) - por outro, temos exemplos de políticas públicas caminhando nessa direção.

O Decreto Municipal nº 57.857 (05.09.2017), que mudou o nome do CCZ para DVZ, reorganizou toda a Secretaria Municipal da Saúde, conforme mencionamos na introdução (pág.19). A SMS passa de sete para onze coordenadorias. A DVZ continua sendo uma divisão da COVISA, mas é criada uma nova, desvinculada da COVISA, a Coordenadoria de Saúde e Proteção ao Animal Doméstico – COSAP (SÃO PAULO, município, 2017a, Art. 8º). Com uma coordenadoria voltada especificamente às questões de proteção de cães e gatos, a DVZ tem seu foco nas questões pertinentes à saúde pública. Entretanto, há programas colocados em prática

por departamentos da DVZ que agem de forma integrada com a Atenção Básica, como ocorre na “Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação” (SÃO PAULO, 2016b)

Outras secretarias da prefeitura de SP, como a de Assistência e Desenvolvimento Social, também mostram hoje uma compreensão maior de Saúde Única, expressa em iniciativas como a instalação de canis nos CTAs destinados à população em situação de rua. As políticas são articuladas entre as secretarias e coordenadorias da prefeitura de São Paulo. A implementação de novos CTAs tem se valido de parcerias diversas com a iniciativa privada também, empresas e instituições religiosas que realizam doações como eletrodomésticos, móveis, computadores, kits de higiene e cobertores. A PETZ, rede brasileira de petshops, contribuiu com ração, comedores e bebedouros para os canis (SÃO PAULO, município, 2017e).

Embora talvez contra-intuitivo a princípio, verificamos que circunstâncias adversas de vida não impedem que a população tenha animais de companhia à sua volta, e as estatísticas nos mostraram uma lógica contrária. Situações de privação de recursos e, sobretudo, de isolamento e exclusão social, podem posicionar o animal de companhia como último vínculo sócio afetivo disponível. Nesse contexto, a exposição a agravos e zoonoses ganha dimensão e idiosincrasias que tornam tais contextos alvos de políticas específicas em Saúde Única (GRAVINATI et al, 2017).

Independentemente do grau de exclusão social, seres humanos e outros animais compartilham cada vez mais suas necessidades básicas e seus direitos. As demandas estruturais sociais caminham atreladas à Saúde Única, pois não importa o quão excluídas sejam determinadas populações, elas carregam consigo seus animais, o que deve ser sempre contemplado no planejamento e execução de políticas públicas.

Dessa forma, justifica-se a importância da presença do médico-veterinário nas equipes do NASF, conforme discutimos no primeiro capítulo. Vale indagar-nos a respeito de estratégias que possam promover a presença do profissional de saúde animal nesses núcleos: maior divulgação nos meios científicos, sensibilização dos Conselhos Municipais de Saúde e ênfase da área de Saúde Pública na formação profissional em M. V. são aspectos a se considerar. Por hora, no que se refere à ação em Saúde Única com foco em zoonoses transmitidas por cães e gatos, a ação do médico veterinário parece ainda concentrada na DVZ.

Existe hoje um desafio imposto pelo aumento da população de cães e gatos no município, mas também é crescente o investimento em educação em saúde e guarda responsável, o que parece ser a via mais promissora em termos de perspectivas futuras.

Considerando as campanhas de esterilização, verificamos a controversa Lei Federal nº 13.426 (BRASIL, 2017), que, em tese, institui uma política nacional de controle de natalidade de cães e gatos, mas, na prática, parece representar poucos avanços, já que a lei não determina mobilização de recursos ou obrigatoriedade na execução do programa por parte dos municípios.

Notamos que o surgimento de leis em si não é suficiente se não acompanhado da mobilização de recursos. Além disso, parece haver outros fatores que podem contribuir para o sucesso e a efetividade de uma nova lei, conforme discutimos no caso da Lei Municipal nº 14.483 de 16 de julho de 2007 (SÃO PAULO, município, 2007). A determinação de que cães e gatos só podem ser doados e vendidos devidamente esterilizados, exceto em vendas para criadores cadastrados, é pouco conhecida e, mais ainda, pouco aplicada.

Existe a possibilidade de que, embora desconhecida pela população de maneira geral, o maior foco de tal medida seriam as ONGs, que realizam as doações de animais de maneira massiva - são ONGs que realizam as doações de animais junto à própria DVZ, atualmente. Estudos mais específicos sobre o tema poderiam talvez nos responder se a lei é bem conhecida e vem sendo fiscalizada e aplicada devidamente por parte das ONGs. Não há, até o momento, dados ou trabalhos que quantifiquem os animais doados e vendidos esterilizados ou não no município de SP e a ciência dos criadores e protetores em relação à lei.

De acordo com Baquero (2015), estudos quantitativos possibilitam, por meio de amostras, inferir características das populações e, dessa forma, planejar e priorizar intervenções de manejo populacional, que o autor define como “conjunto de estratégias, ajustadas à realidade sociocultural e sanitária do local que pretendem atingir” (BAQUERO, 2015, pg. 13). Ainda:

“A efetividade dos programas de manejo populacional é determinada pela **aceitação** dos mesmos e pela **participação social**, de tal forma que é necessário considerar a percepção que as pessoas têm dos cães e dos gatos, assim como o papel desses animais nas sociedades humanas” (BAQUERO, 2015, pg. 12, negrito nosso).

Kartal e colaboradores (2018) demonstraram que as campanhas de esterilização e vacinação são bem-sucedidas em suscitar e promover o que chamaram de “caring behaviour” por parte da comunidade, algo já observado em países que hoje tem uma população de animais errantes tendendo a zero. ONGs e Universidade representam uma possível via de acesso entre a comunidade e o espaço político, mas a participação social plenamente representativa permanece um desafio complexo.

Ainda de acordo Baquero (2015), a relação entre seres humanos e animais de companhia perpassa uma rede complexa, na qual os primeiros funcionam como determinantes para a saúde dos últimos, dado o grau de dependência gerado pelo processo de domesticação. Cães e gatos precisam de seres humanos para “suprir suas necessidades nutricionais, sociais e de habitat” (BAQUERO, 2015, pg. 13). Ao mesmo tempo, a percepção social dos animais de companhia é heterogênea, de forma que são (ou podem ser) percebidos tanto como um problema de saúde pública quanto como membros da família (BAQUERO, 2015).

CONCLUSÃO

A literatura revisada no presente trabalho permitiu-nos observar que:

- 1) A questão de doenças zoonóticas transmitidas por cães e gatos emergentes e reemergentes onde o componente ambiental e animal tornam-se cada vez mais presentes. A estrutura do SUS, no que diz respeito à Atenção Básica, contempla veterinários no NASF, porém em número relativamente pequeno em relação às demais categorias profissionais. O incremento da participação veterinária poderia trazer soluções efetivas, não só neste nível, na resolução de situações que envolvam este componente.
- 2) Houve uma mudança da legislação saindo do foco higienista para uma visão mais ampla, que envolva outros determinantes. Acompanhando esta mudança, houve um aumento da regulamentação desta convivência com animais (cães e gatos) em nossa revisão na cidade de São Paulo, dentre elas, a proibição da captura e eliminação massiva de animais, o que gera novas demandas, dentre elas: o papel das ONGS, agilidade do serviço públicos em atender e criar estruturas, educação sanitária, além de outras, dada a complexidade do assunto.
- 3) Existe hoje no município de São Paulo uma atenção maior voltada às pessoas portadoras de Transtorno de Acumulação, sendo os casos mais notificados também. A política atual é condizente com a concepção de Saúde Única, já que aborda o problema de forma multidisciplinar e integrando vários serviços.

4) Outra ação exemplar na esfera municipal refere-se ao considerar os cães de pessoas de vulnerabilidade também nas políticas de assistência social, por exemplo, ao prover canis em metade dos 20 CTAs destinados ao atendimento da população em situação de rua.

5) Entendemos hoje que vários eixos de discussão constituem a ideia de Saúde, integrando as áreas humana, animal e ambiental. O bem-estar físico e mental, a inclusão e a participação social perpassam esses eixos, de forma a compor uma estrutura matricial de Saúde Única, na qual se inserem as políticas de controle de zoonoses e de controle populacional de cães e gatos. A elaboração e execução de leis e de políticas públicas de controle de zoonoses transmitidas por cães e gatos no município de São Paulo conquistou vários avanços nesse sentido, e deve seguir levando em conta tal premissa, sobretudo tratando-se de espécies que estabelecem laços sociais e afetivos cada vez mais estreitos com os seres humanos como os cães e gatos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. T. Adoção do Programa Cão Comunitário como Estratégia Adicional para o Manejo Populacional de Cães. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Veterinárias, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2017.
- ARLUKE, A.; PATRONECK, G.; LOCKWOOD, R., CARDONA, A. Animal hoarding. In: LINZEY, A.; LINZEY, C. (Eds.). **The Palgrave International Handbook of Animal Abuse Studies**. London: Palgrave Macmillan, 2017. P. 107-129.
- AUERSWALD, C.L.; LIN, J.S.; PARRIOTT, A. Six-year mortality in a street-recruited cohort of homeless youth in San Francisco, California. **PeerJ**, n. 4, p. 1 – 13, 2016.
- BAQUERO, O. S. “Manejo populacional de cães e gatos: métodos quantitativos para caracterizar populações, identificar prioridades e estabelecer indicadores”. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Veterinária Preventiva e Saúde Animal. São Paulo, 2015. 87 p.
- BENEVIDES, E.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- BORBA, J.; LÜCHMANN, L. H. H. A representação política nos Conselhos Gestores de Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**. v. 2, n. 2, p. 229-246, 2010.
- BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268, 2008.
- BRANDÃO, B.S. A empresa e sua função socioambiental – um olhar sobre as ações “Pedigree - Adotar é Tudo de Bom” e “Max em Ação”/ “Max Identidade”. *n.d. Apud* CUNHA, J. G. Pessoas em situação de rua e seus cães: fragmentos de união em histórias de fragmentação. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais. 2015.
- BRASIL. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em 02 de maio de 2018.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 23 jan. 2018.
- _____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Ementa: 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em 23 jan. 2018.
- _____. Lei Nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998. Ementa: Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%209.605-1998?OpenDocument>. Acesso em 20.03.19.
- _____. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. **a. Legislação do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília. CONASS, 2003.
- _____. **b. Projeto de Lei No /2003**. Ementa: Dispõe sobre a política de controle da natalidade de cães e gatos e dá outras providências. Disponível em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=144751>. Acesso em 09.01.19.

_____. a. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.172, de 15 de junho de 2004. Ementa: Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172_15_06_2004.html>. Acesso em 02 de abril de 2018.

_____. b. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS – Política Nacional de Humanização**: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.426, de 11 de julho de 2008. Ementa: Proíbe o tratamento de leishmaniose visceral canina com produtos de uso humano ou não registrados no Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1426_11_07_2008.html>. Acesso em 09.01.19.

_____. a. Decreto no 7053 de 23 de dezembro de 2009. Ementa: Institui a Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em 01.10.18.

_____. b. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: Aprendendo a Contar. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, DF, MDS. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Secretaria Nacional de Assistência Social. 2009. 240 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Ementa: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010. Disponível em:< http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em 18.02.19.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/ GM no 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. Seção 1, p.48-55, 2011.

_____. Síntese das Pesquisas de Avaliações de Programas Sociais do MDS. **Caderno de Estudos - Desenvolvimento Social em Debate**, n.13, p. 95-99, 2012.

_____. a. Ministério da Saúde. Portaria nº 758, de 26 de agosto de 2014. Ementa: Inclui subtipo na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do CSNES. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0758_26_08_2014.html>. Acesso em 25 de abril de 2018.

_____. b. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.138, 23 de maio de 2014. Ementa: Define as ações e os serviços de saúde voltados para vigilância, prevenção e controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1138_23_05_2014.html>. Acesso em 23 jan. 2018.

_____. c. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Leishmaniose Visceral Canina. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília. 2014. <Disponível em: www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em 18 nov. 2017.

_____. d. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 812 p. Disponível em www.saude.gov.br/bvs. Acesso em 11.01.19.

_____. e. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Nota Técnica nº 038/2014/DFIP/DAS. Suspensão de Licença de Fabricação e Comercialização do Produto Leishmune – Vacina Contra Leishmaniose Visceral Canina. Brasília, 2014.

_____. a. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Leishmaniose Tegumentar Americana. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília. 2015. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em 22 nov. 2017.

_____. b. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral das Doenças Transmissíveis. Unidade Técnica de Vigilância das Zoonoses. “Situação da Raiva no Brasil”. **VII Seminário do Dia Mundial contra a Raiva**. São Paulo, 28 a 30 de setembro de 2015.

_____. a. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância, prevenção e controle de zoonoses: normas técnicas e operacionais**. Brasília, 2016.

_____. b. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA). Coordenação de Fiscalização de Produtos Veterinários. Nota técnica Nº 11/2016/CPV/DFIP/SDA/GM/MAPA. Processo nº 21000.042544/2016-94. 2016. Disponível em < <http://www.sbmt.org.br/portal/wp-content/uploads/2016/09/nota-tecnica.pdf>>. Acesso em 15.01.19.

_____. c. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Miltefosina para o Tratamento da Leishmaniose Tegumentar: **Relatório de Recomendação**. 2016. Disponível em <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Miltefosina_LeishmanioseTegumentar_CP_40_2016.pdf>. Acesso em 15.01.19.

_____. a. Ministério da Saúde. **Mapas da Raiva no Brasil - 2017**. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/15/MAPAS%20ATUALIZADOS%20RAIVA%202017%20Atualizado%20-%2015-05-17.pdf>>. Acesso em 03 de abril de 2018.

_____. b. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Ementa: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em :< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em 18.02.19.

_____. c. Ministério da Saúde. **Vigilância de Zoonoses**. 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/vigilancia-de-zoonoses-svs>>. Acesso em 25 de abril de 2018.

_____. d. Lei nº 13.426 de 30 de março de 2017. Ementa: Dispõe sobre a política de controle da natalidade de cães e gatos e dá outras providências. Publicação Original, **Diário Oficial da União**, 31 de março de 2017, p. 3, col. 1.

_____. e. Presidência da República. Casa Civil. Mensagem nº 98, de 30 de março de 2017. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/Msg/VEP-98.htm>. Acesso em 09.01.19.

_____. Ministério da Saúde. Princípios do SUS. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/index.php/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em 12 de maio de 2018.

_____. Senado. Atividade Legislativa. Projetos de lei e outras proposições. PL 1738/ 2011. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=510841>>. Acesso em 25.04.19.

BURKI, T. Hoarding disorder: a medical condition. **The Lancet**. V. 392, p. 626. 2018.

CAMPOS, A. C. A. Estudo genético da variante do vírus da raiva mantida por populações do morcego hematófago *Desmodus rotundus*. Tese de doutorado. São Paulo, 2011.

CAMPOS, M. P.; DE LUCA, P. M.; RENZETTI, A. R. S.; DE SOUZA, S. M. M.; MENDES JÚNIOR, A. A. V.; BARROS, R. S.; FIGUEIREDO, F. B.; Can vaccines against canine visceral leishmaniasis interfere with the serological diagnostics recommended by the Brazilian Ministry of Health? **Ciência Rural**, Santa Maria, v.47, n. 04, p. 1-6, 2017.

CARVALHO, G. Saúde pública. **Estudos Avançados**. v. 27, n. 78, p. 5-26, 2013.

CASSELLA, V. Câmara dos Deputados. Câmara Notícias. Proposta de combate à leishmaniose enfrenta resistência do Ministério da Saúde. 22 de setembro de 2015. Disponível em < <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/496698-PROPOSTA-DE-COMBATE-A-LEISHMANIOSE-ENFRENTA-RESISTENCIA-DO-MINISTERIO-DA-SAUDE.html>>. Acesso em 09.01.19.

CASPERMEYER, J. HIV Coinfection Influences Natural Selection on Mycobacterium tuberculosis. **Molecular Biology and Evolution**, v. 34, n. 7, p. 1821 – 1822, 2017.

CAVALCANTI, H.; LYRA, M. R. B.; PORTELA, P.; AVELINO, E. Metodologia para a construção dos índices de exclusão/inclusão socioambiental. In: LYRA, M. R. B.; AVELINO, E. (org.) **Mosaico Urbano do Recife Exclusão/Inclusão Socioambiental**. Recife: ed. Massangana, 2008. Capítulo II. 1ª edição, 178 p. Disponível em <<http://www.fundaj.gov.br/geral/observanordeste/livro%20mur/capitulo%20II%20MUR.pdf>>. Acesso em 16.11.18.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA. Resolução Nº 1236, de 26 de outubro de 2018. Ementa: Define e caracteriza crueldade, abuso e maus-tratos contra animais vertebrados, dispõe sobre a conduta de médicos veterinários e zootecnistas e dá outras providências. Disponível em <<http://portal.cfmv.gov.br/lei/index/id/903>>. Acesso em 09/11/2018.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro, Editora Fio Cruz, 2000. 164 p.

COSTA, E. C.; JORGE, M. S. B.; SARAIVA, E. R. A.; COUTINHO, M. P. L. Aspectos psicossociais da convivência de idosos com animais de estimação: uma interação social alternativa. **Psicologia: Teoria e Prática**, n.11, v.3, p. 2-15. 2009.

CUNHA, J. G. Pessoas em situação de rua e seus cães: fragmentos de união em histórias de fragmentação. Tese de mestrado. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. 2015. 205 p.

CUNHA, G. R.; 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, 2017.

DANTAS-TORRES, F.; BRANDÃO-FILHO, S. P. Visceral Leishmaniasis in Brazil: revisiting paradigms of epidemiology and control. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, n. 48, v. 3, p. 151-153. 2006.

DIAS, R. A.; MORI, A. C. F.; CANATTO, B. D.; SILVA, E. A.; BERNARDI, F.; MENDES, M. C. N. C.; PARANHOS, N. T. **Os donos do pedaço**: caracterização das populações de cães e gatos domiciliados do município de São Paulo. São Paulo, Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, 2013. 127 p.

ELIAS, P. E.; FERREIRA, C. W.; ALVES, M. C. G.; COHN, A.; KISHIMA, V.; JUNIOR, A. E.; GOMES, A.; BOUSQUAT, A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 11, v.3, p. 633-641, 2006.

FARM ANIMAL WELFARE COUNCIL (FAWC). Five Freedoms. **The National Archives**. 2012. Disponível em: <<https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20121010012427/http://www.fawc.org.uk/freedoms.htm>> Acesso em 20.03.19.

FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2002. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 23 jan. 2018.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS – FIPE; SÃO PAULO (município), Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS). **Censo da População em Situação de Rua da Cidade de São Paulo**. 2015. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/observatorio_social/2015/censo/FIPE_smads_CENSO_2015_coletivafinal.pdf. Acesso em 25.03.19.

FOLHA ONLINE. Câmara de sacrifício de animais é desmontada no CCZ de São Paulo. **Folha de São Paulo**. 10 de setembro de 2001. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u36480.shtml>. Acesso em 10.09.2018.

FONSECA, C. M. O. Constituição de políticas de saúde no Brasil: modelos de inclusão social. In: **Saúde no Governo Vargas (1930-1945) – dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro. Editora FioCruz, 2007. p. 25-61.

GARCIA, R.C.M.; MALDONADO, N.A.C.; LOMBARDI, A. Aspectos éticos para o controle populacional de cães e gatos. **Revista Ciência Veterinária Tropical**, v. 11, Supl. 1, p. 106-111, 2008.

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. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia. São Paulo, 2009.

G1-PA. Morre quinta criança com suspeita de infecção pelo vírus da raiva humana no Pará. 12 de maio de 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/pa/para/noticia/morre-quinta-crianca-com-suspeita-de-infeccao-pelo-virus-da-raiva-humana-no-para.ghml>>. Acesso em 12 de maio de 2018.

GOMES, L. H.; MENEZES, R. F. Diagnóstico de serviços de controle de zoonoses no Estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista (online)**. São Paulo, v. 6, n. 72, 2009.

GOMES, L. H.; MENEZES, R. F.; ARANDA, C. M. S. S.; VIEIRA, P. A. Serviços municipais de controle de zoonoses no Estado de São Paulo: diagnóstico situacional. **Boletim Epidemiológico Paulista**. São Paulo, v. 8, n. 96, p. 11-31, 2011.

GONTIJO, C. M. F.; MELO, M. N. Leishmaniose visceral no Brasil: quadro atual, desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.7, n. 3, p. 338-349. 2004.

GRAVINATTI, M. L.; TIMENETSKY, J.; BIONDO, A. W. Abordagem à vulnerabilidade de desabrigados e o impacto como iniciativa de saúde única. **Archives of Veterinary Science**. v.22, n.4, p. 145-149, 2017.

GREENE, C. A. **Doenças Infecciosas em cães e gatos**. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 4ª ed., 2015.

GRISI-FILHO, J. H. H.; AMAKU, M.; DIAS, R. A.; NETTO, H. M.; PARANHOS, N. T.; MENDES, M. C. N. C.; NETO, J. S. F.; FERREIRA, F. Uso de sistemas de informação geográfica em campanhas de vacinação contra a raiva. **Revista de Saúde Pública**. n. 42, v.6, p.1005-1011, 2008.

HAMPSON, K.; COUDEVILLE, L.; LEMBO, T.; SAMBO, M.; KIEFFER, A.; ATTLAN, M.; BARRAT, J.; BLANTON, J. D.; BRIGGS, D. J.; CLEAVELAND, S.; COSTA, P.; FREULING, C. M.; HIBY, E.; KNOFF, L.; LEANES, F.; MESLIN, F.-X.; METLIN, A.; MIRANDA, M. E.; MULLER, T.; NEL, L. H.; RECUENCO, S.; RUPPRECHT, C. E.; SCHUMACHER, C.; TAYLOR, L.; VIGILATO, M. A. N.; ZINSSTAG, J.; DUSHOFF, J. Estimating the global burden of endemic canine rabies. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, 2015. DOI:10.1371/journal.pntd.0003709.

HOARDING OF ANIMALS RESEARCH CONSORTIUM (HARC). Health implications of animal hoarding. **Health and Social Work**, n. 27, p. 125–131. 2002.

HUGHES, P. J. A. Segregação socioespacial e violência na cidade de São Paulo, referências para a formulação de políticas públicas. **São Paulo em Perspectiva**. N.18, v.4, p. 93-102, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. 2013. Disponível em <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/4932>> . Acesso em 21 fev. 2018.

IZIQUE, C. “O mapa da exclusão”. **Revista Fapesp**. N. 83. Pg 14-20. Janeiro de 2003. Disponível em: <http://revistapesquisa.fapesp.br/2003/01/02/o-mapa-da-exclusao-2/>. Acesso em 29.08.2018.

JOINT - Joint Tuberculosis Committee of the British Thoracic Society. Control and prevention of tuberculosis in the United Kingdom: Code of Practice. **Thorax**, v. 55, n. 11, p. 887 – 901, 2000.

KARTAL, T.; ROWAN, A. N. Stray dog population management. **Field Manual for Small Animal Medicine**. New Jersey, 2018. Editora John Wiley & Sons. Cap. 2, p. 15. Disponível em <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=ENxiDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA15&dq=stray+dog+population&ots=CTREajApEq&sig=qct0b1Offo76dGuLFsTX1gAtrCE#v=onepage&q=stray%20dog%20population&f=false>>. Acesso em 10.09.2018.

KEINERT, T. M. M.; OLIVEIRA, V. C. S. Participação social em saúde no Brasil: produção técnico-científica entre 1990-2014 e sugestão de agenda de pesquisa. **Cadernos de Gestão Pública e Cidadania**. São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, v. 23, n. 75, p. 194-214, 2018.

LABRECQUE, J.; WALSH, C. A. Homeless women's voices on incorporating companion animals into shelter service. **Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals**, n.24, v.1, p. 79-95, 2011.

LIMA, N. T.; HOCHMAN, G. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 5, n. 2, p. 313-332, 2000.

LISBOA, E. A.; SODRÉ, F.; ARAÚJO, M. D.; QUINTANILHA, B. C.; LUIZ, S. G. Conselhos Locais de Saúde: Caminhos e (des)caminhos da participação social. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 679-698, 2016.

LOCKWOOD, R. Animal hoarding: The challenge for mental health, law enforcement, and animal welfare professionals. *Behavioral Sciences & the Law*. P. 1-19. 2018. Disponível em: wileyonlinelibrary.com/journal/bsl. Acesso em 19.09.18.

MACHADO, R. Seguridade aprova vacinação obrigatória e gratuita contra leishmaniose animal. 2018. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/559098-SEGURIDADE-APROVA-VACINACAO-OBRIGATORIA-E-GRATUITA-CONTRA-LEISHMANIOSE-ANIMAL.html>. Acesso em 15.01.19.

MARTINS, C. M. Avaliação e proposta de reestruturação do sistema de vigilância da raiva humana, canina e felina no Estado de São Paulo. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. 86 p.

MATSUMOTO, P. S. S.; LIMA, J.; CASAGRANDE, B. Leishmaniose visceral no Estado de São Paulo: aplicações cartográficas e estatísticas. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. n. 9, v. 17, p. 195-206, 2013.

MCDONALD, S. E.; COLLINS, E. A.; MATERNICK, A.; NICOTERA, N.; GRAHAM-BERMANN, S.; ASCIONE, F.; J. H. WILLIAMS. Intimate Partner Violence Survivors' Reports of Their Children's Exposure to Companion Animal Maltreatment: A Qualitative Study. **Journal of Interpersonal Violence** (online). 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0886260516689775>. Acesso em 12 de maio de 2018.

MILENA, L. O papel da organização popular na distribuição de políticas em SP. Mapa da exclusão e inclusão social de São Paulo. GGN – O Jornal de todos os Brasis. 01.01.2018. Disponível em <https://jornalggn.com.br/tag/blogs/mapa-da-exclusao-e-inclusao-social-de-sao-paulo>. Acesso em 11.10.2018.

MIRANDA, G. “Cães e gatos vendidos ou doados em SP deverão ser castrados”. O Estado de São Paulo, 17 de julho de 2007. Disponível em: <https://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,caes-e-gatos-vendidos-ou-doados-em-sp-deverao-ser-castrados,20053>. Acesso em 26.02.19.

MOLENTO, C. F. M. Public Health and Animal Welfare. In: APPLEBY, M.C., WEARY, D.M.; SANDØE, P. **Dilemmas in Animal Welfare**. Wallingford UK & Boston MA: CABI publishing, p. 102-123, 2014.

MOUTINHO, F. F. B.; NASCIMENTO, E. R.; PAIXÃO, R. L. Percepção da sociedade sobre a qualidade de vida e o controle populacional de cães não domiciliados. **Ciência Animal Brasileira**. Goiânia, v. 16, n. 4, p. 574-588, 2015.

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**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

ONE HEALTH INITIATIVE (OHI). 2012. Disponível em: <http://www.onehealthinitiative.com>. Acesso em: 20 de outubro de 2018.

ORGANIZATION INTERNATIONAL DES EPIZOOTIES (OIE). Stray dog population control. In: **Terrestrial Animal Health Code**. 2016. Disponível em: <http://www.oie.int/en/international-standard-setting/terrestrial-code/access-online/>. Acesso em: 20 de outubro de 2018.

_____. One Health. 2018. Disponível em: <<http://www.oie.int/en/for-the-media/editorials/detail/article/one-health/>>. Acesso em 19 jan. 2018.

PATRONEK, G.; LOAR, L.; NATHANSON, J. Animal hoarding: Structuring interdisciplinary responses to help people, animals and communities at risk. **Hoarding of animals research consortium**. 2006. *Apud* 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**. Vol.10, p. 918- 922, 2018.

PATRONEK, G. J.; NATHANSON, J. N. A theoretical perspective to inform assessment and treatment strategies for animal hoarders. **Clinical Psychology Review**, n. 29, v. 3, p. 274–281. 2009.

PRIORE, M. D. São Paulo: urbanização e higienismo. Disponível em: <https://saopaulosao.com.br/conteudos/ensaios/3532-são-paulo-urbanização-e-higienismo.html#>. 29 de janeiro de 2018. Acesso em 28.08.2018.

QUEIROZ, M. J.; ALVES, J. G.; CORREIA, J. B. Visceral leishmaniasis: clinical and epidemiological features of children in an endemic area. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. N. 80, p. 141-146, 2004.

QUINELLATO, L. V. A diretriz de hierarquização do SUS: mudando a antiga perspectiva do modelo médico-assistencial privatista. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: <bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/4213>. Acesso em 23 jan. 2018.

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**. Vol.10, p. 918- 922, 2018.

RANGEL, O.; OLIVEIRA, S. S.; FRANCA, A. C.; CIARAVOLO, R. M.; HENRIQUES, L. F. Leishmaniose visceral no estado de São Paulo: Tendência geral da letalidade entre 1999 a 2013 e o risco de óbitos por estratificação epidemiológica dos municípios e regionais de Vigilância Epidemiológica entre 2011 a 2013. **Boletim Epidemiológico Paulista**. Volume 12, número 143, pg 10. 2015.

REICHMANN, M. L. A. B.; PINTO, H. B. F.; ARANTES, M. B.; SANTOS, M. B.; VIARO, O.; NUNES, V. F. P. Educação e promoção da saúde no Programa de Controle da Raiva. **Manual Técnico do Instituto Pasteur**. São Paulo, Instituto Pasteur, 2000 (Manuais, 5). 30 p.

RIBEIRO, R. Já está em vigor lei sobre o controle de natalidade de cães e gatos. **Observatório Eco**. 2017. Disponível em <<http://www.observatorioeco.com.br/index.php/2017/04/ja-esta-em-vigor-lei-sobre-o-controle-de-natalidade-de-caes-e-gatos/>>. Acesso em 09.01.19.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Prevenção e Combate a Doenças. Leishmaniose Visceral. Disponível em: <<http://www.cevs.rs.gov.br/situacao-epidemiologica-dados-58d2d26f8a094>>. Acesso em 27 nov. 2017.

RIQUINHO, D. L.; PELLINI, T. V.; RAMOS, D. T.; SILVEIRA, M. R.; DOS SANTOS, V. C. F. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 163-182, 2018.

ROSA, A. S.; SANTANA, C. L. A. Consultório na Rua como boa prática em Saúde Coletiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*. nº 71, supl. 1, pg. 501-502, 2018.

ROSEN, G. Política econômica e social no desenvolvimento da saúde pública. p. 213. In: ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social, ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

SANTOS, L. A. C. Poder, ideologias e saúde no Brasil da primeira república: ensaios de sociologia histórica. In: HOCHMAN, G.; ARMUS, D. **Cuidar, Controlar, Curar**. Rio de Janeiro. Editora FioCruz, 2004. p. 249-293.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406. 2011.

SÃO PAULO (município). Secretaria de Higiene e Saúde. Tratamento de focos: mês de fevereiro de 1978. Boletim de Vigilância Mensal de Raiva. **Boletim Informativo Mensal – Centro de Zoonoses Urbanas – CCZ**. Vol. 1. 1978.

_____. Lei Municipal nº 10.309, de 22 de abril de 1987. Ementa: Dispõe sobre controle de população e controle de zoonoses no Município de São Paulo, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/leimunicipal_1987_10309_1253633561.pdf>. Acesso em 19.03.19.

_____. Lei Municipal nº 13.131, de 18 de maio de 2001. Ementa: Disciplina a criação, propriedade, posse, guarda, uso e transporte de cães e gatos no município de São Paulo. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/LeiMunicipal_2001_13131_1253562346.pdf>. Acesso em 07 de maio de 2018.

_____. Decreto Municipal nº 41.685, de 13 de fevereiro de 2002. Ementa: Regulamenta a Lei nº 13.131, de 18 de maio de 2001, que disciplina a criação, propriedade, posse, guarda, uso e transporte de cães e gatos no Município de São Paulo. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/sp/s/sao-paulo/decreto/2002/4168/41685/decreto-n-41685-2002-regulamenta-a-lei-n-13131-de-18-de-maio-de-2001-que-disciplina-a-criacao-propriedade-posse-guarda-uso-e-transporte-de-caes-e-gatos-no-municipio-de-sao-paulo>>. Acesso em 12 de maio de 2018.

_____. Lei Municipal nº 13.399, de 1º de agosto de 2002. Ementa: Dispõe sobre a criação de Subprefeituras no Município de São Paulo, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/upload/lei_13_399_1254940922.pdf>. Acesso em 02 de abril de 2018.

SÃO PAULO (estado). Lei Estadual nº 11.977, de 25 de agosto de 2005. Ementa: Institui o Código de Proteção aos Animais do Estado e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2005/lei-11977-25.08.2005.html>>. Acesso em 28.02.18.

SÃO PAULO (município). Lei Municipal nº 14.483, de 16 de julho de 2007. Ementa: Dispõe sobre a criação e venda no varejo de cães e gatos por estabelecimentos comerciais no município de São Paulo, bem como as doações em eventos de adoção desses animais, e dá outras providências. Disponível em: < <https://cm-sao-paulo.jusbrasil.com.br/legislacao/710301/lei-14483-07>>. Acesso em 28.03.19.

SÃO PAULO (estado). Lei Estadual nº 12.916, de 16 de abril de 2008. Ementa: Dispõe sobre o controle da reprodução de cães e gatos e dá providências correlatas. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2008/lei-12916-16.04.2008.html>>. Acesso em 02 de abril de 2018.

SÃO PAULO (município) a. Secretaria da Saúde. **Diretrizes e Parâmetros Norteadores das Ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. São Paulo, 2009. 33 p.

_____. b. Lei Municipal nº 15.023, de 6 de novembro de 2009. Ementa: Institui o Programa Municipal de Proteção e Bem-Estar de Cães e Gatos – PROBEM e cria o Núcleo de Proteção e Bem-Estar de Cães e Gatos. Disponível em: <http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=0711200L%20150230000>. Acesso em 23 jan. 2018.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Atlas da Saúde da Cidade de São Paulo**. São Paulo: Instituto Via Pública, 2011. 182 p.

_____. a. Secretaria da Saúde. Controle de Zoonoses. 2012. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/controle_de_zoonoses/>. Acesso em: 19 jan. 2018.

_____. b. Decreto Municipal nº 53.264, de 3 de julho de 2012. Cria, na Secretaria Municipal da Saúde, a Coordenadoria Especial de Proteção de Animais Domésticos. Disponível em < http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=04072012D%20532640000>. Acesso em 09/11/2018.

_____. Decreto Municipal nº 55.564, de 06 de outubro de 2014. Dispõe sobre a gestão compartilhada dos Hospitais Veterinários de Cães e Gatos entre as Secretarias Municipais da Saúde e do Verde e do Meio Ambiente.

Disponível em: < <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-55564-de-06-de-outubro-de-2014>>. Acesso em 20.03.19.

_____. a. Especialistas discutem sobre os Acumuladores Compulsivos em São Miguel. 2015. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/regionais/sao_miguel_paulista/noticias/?p=59988>. Acesso em 08 de maio de 2018.

_____. b. Um Olhar Sobre os Acumuladores. 2015. Disponível em: <<http://sms.sp.bvs.br/relatosexperiencia/?relato=um-olhar-sobre-acumuladores>>. Acesso em 08 de maio de 2018.

_____. c. Lei Municipal nº 16.125, de 11 de março de 2015. Dispõe sobre a autorização do Poder Executivo disciplinar o transporte de animais domésticos no serviço municipal de transporte coletivo de passageiros do Município de São Paulo. Disponível em: < <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-16125-de-11-de-marco-de-2015>>. Acesso em 28.01.19.

_____. a. Portaria nº 1739, de 29 de setembro de 2016 – SMS. G. Ementa: Estabelece o número de vagas das unidades de alojamento de animais no Centro de Controle de Zoonoses - CCZ e do Centro Municipal de Adoção de Cães e Gatos, visando sua adequada manutenção segundo a estrutura atual existente. **Diário Oficial**. nº 184, p. 26. 2016.

_____. b. Prefeitura do município de São Paulo. Decreto Municipal nº 57.570, de 28 de dezembro de 2016. Institui a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação. **Diário Oficial da Cidade de São Paulo**, São Paulo, SP, 29 dez. 2016. Ano 61, no 244, p. 3 e 4.

_____. c. Documento Norteador dos Consultórios na Rua (CnaR). 2016. Disponível em: < <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/documento%20norteador%20Consultorio%20na%20Rua%20Versao%20Final.pdf>>. Acesso em 09.05.19.

_____. a. Decreto Municipal nº 57.857, de 05 de setembro de 2017. Dispõe sobre a reorganização da Secretaria Municipal da Saúde, altera a denominação e a lotação dos cargos de provimento em comissão que especifica, bem como transfere cargos de provimento em comissão entre órgãos e do Quadro Específico de Cargos de Provimento em Comissão. Disponível em: <<http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-57857-de-05-de-setembro-de-2017/consolidado>>. Acesso em 17.06.19.

_____. b. Unidade de Vigilância em Saúde. 2017. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/suvis/index.php?p=7345>. Acesso em 02 de abril de 2018.

_____. c. Centro de Controle de Zoonoses. 2017. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/dengue/index.php?p=4414>. Acesso em: 23 de abril de 2018.

_____. d. Secretaria da Saúde. Adoção de cães e gatos. 2017. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/controle_de_zoonoses/index.php?p=247337>. Acesso em 05.05.18.

_____. e. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. Prefeitura inaugura Centro Temporário de Acolhimento (CTA) em Santo Amaro. 27/10/2017. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/noticias/?p=243816>. Acesso em 18.06.19.

SÃO PAULO, município, a. Secretaria da Saúde. Leishmaniose Visceral Americana. 2018. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/controle_de_zoonoses/lab_zoonoses/?p=5706>. Acesso em 28 fev. 2018.

_____. b. Secretaria da Saúde. Equipe Saúde da Família. 2018. Disponível em <<http://www.capital.sp.gov.br/cidadao/saude-e-bem-estar/melhorias-na-saude-municipal/estrategia-saude-da-familia-esf>>. Acesso em 03 de maio de 2018.

_____. c. Secretaria da Saúde. Vacinação contra raiva animal em cães e gatos. 2018. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/controle_de_zoonoses/raiva_animal/index.php?p=5435>. Acesso em 05 de maio de 2018.

_____. d. Programa Viver de Bem com os Bichos. 2018. Disponível em; <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/controle_de_zoonoses/pvbb/index.php?p=5470>. Acesso em 07 de maio de 2018.

_____. e. Secretaria da Saúde. Vigilância em Saúde. Centro de Controle de Zoonoses. Projeto ‘Cãominhada’ promove socialização e bem-estar animal. 2018. Disponível em <www.prefeitura.sp.gov.br> Acesso em 07 de maio de 2018.

_____. f. Cidadão. Hospital Veterinário Municipal. <http://www.capital.sp.gov.br/cidadao/animais/animais-domesticos/hospital-veterinario-municipal>. Acesso em 31.08.2018.

_____. g. Secretaria da Saúde. Controle de Zoonoses. Campanha de Vacinação contra a Raiva em Cães e Gatos. 2018. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/controledezoonoses/?p=261325. Acesso em 31.08.2018.

_____. h. Prefeitura do município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Vistoria Zoosanitária. 2018. Disponível em: < http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/controle_de_zoonoses/vistoria_zoosanitaria/index.php?p=4160>. Acesso em 26/09/2018.

SÃO PAULO (município) a. Secretaria da Saúde. Vigilância em Saúde, Controle de Zoonoses. Leishmaniose Visceral Canina. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/controle_de_zoonoses/lab_zoonoses/index.php?p=174477>. Acesso em 22.04.19.

_____. b. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. Centro Temporário de Acolhida. 04/04/2019. Disponível em: < https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/noticias/?p=262093>. Acesso em 11.06.19.

SÃO PAULO (estado). Lei Estadual nº 16.930, de 24 de janeiro de 2019. Autoriza o traslado de animais domésticos de pequeno porte em trens, metrô, VLT e ônibus intermunicipais. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/norma/?tipo=Lei&numero=16930&ano=2019>>. Acesso em 28.01.19.

SCHMIDT, D.R.; DELLA MÉA, C.P.; WAGNER, M.F. Transtorno da Acumulação: características clínicas e epidemiológicas. **Revista CES Psicologia**. N. 7, v. 2, p. 27-43. 2014.

SCHNEIDER, M. C.; DE ALMEIDA, G. A.; SOUZA, L. M.; DE MORAES, N. B.; DIAZ, R. C. Controle da Raiva no Brasil de 1980 a 1990. *Revista de Saúde Pública*. n. 30, v. 2, p. 196-203, 1996.

SILVA, A. F. Vigilância da leishmaniose visceral americana no município de São Paulo. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Tese de doutorado. 2015. 127 p.

SILVA, N. G. Proposta de um sistema de gestão ambiental adaptado a canis municipais. **VI Congresso Brasileiro de Gestão Ambiental**. Porto Alegre, 2015.

SILVA, M. A. S.; PAULA, Maria A. B. Uso de recursos e estratégias pedagógicas na saúde da família. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**. Londrina, v. 17, n. 2, p. 181-185, 2016.

SINGER, R.S.; HART, L.A.; ZASLOFF, R.L. Dilemmas associated with rehousing homeless people who have companion animals. **Psychological reports**, v. 77, n. 3, p. 851-57, 1995.

SOBRINHO, A. S. O. São Paulo e a Ideologia Higienista entre os séculos XIX e XX: a utopia da civilidade. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 15, nº32, p. 210-235, 2013.

SORATTO, J.; WITT, R. R.; FARIA, E. M. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 20, v.4, p. 1227-1243, 2010.

SPOSATI, A. KOGA, D.; CÂMARA, G.; KAYANO, J.; NAKANO, A. K. **Mapa da Exclusão/Inclusão Social São Paulo - Brasil – 2000**. PUC/SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós Graduados em Serviço Social. Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Seguridade e Assistência Social. São Paulo. 2000. Pp. 86.

SPOSATI, A. O caminho do reconhecimento dos direitos da população em situação de rua: de indivíduo a população. Em CUNHA, J. V. Q.; RODRIGUES, M. (Orgs.). **Rua: Aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua** (pp.193-223) Brasília: MDS/SAGI/SNAS. 2009.

TAVOLARO, P.; CORTEZ, T. L. A acumulação de animais e a formação de veterinários. **Atas de Saúde Ambiental** (São Paulo, online), v. 5, p. 194-211, 2017.

TOMMASO, V. G. Análise de denúncias de excesso de cães e gatos no município de São Paulo no período de 2006 a 2015. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2017.

TONIN, F.; DEL CARLO, R. J. “Tem médico veterinário na saúde da família”. **Revista do Conselho Federal de Medicina Veterinária**. Brasília, DF. Ano XXII, n. 69, p. 20-25. 2016.

VIARO, O. Unidos pelo bem-estar animal. **Revista do Conselho Regional de Medicina Veterinária – SP**. São Paulo. Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de São Paulo. N. 48, p. 14, 2011.

VIEIRA, A. M. L.; ALMEIDA, A. B.; MAGNABOSCO, C.; FERREIRA, J. C. P.; LUNA, S. L. P.; DE CARVALHO, J. L. B.; GOMES, L. H.; PARANHOS, N. T.; REICHMANN, M. L.; GARCIA, R. C.; NUNES, V. F. P.; CABRAL, V. B. Programa de Controle de Cães e Gatos do Estado de São Paulo. Disponível em <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/26764-26766-1-PB.pdf>>. s/n.

WORLD ANIMAL PROTECTION (WAP). Humane dog management: better lives for dogs and communities. 2016. Disponível em: < https://www.worldanimalprotection.org/sites/default/files/int_files/humane-dog-management.pdf>. Acesso em: 20 outubro de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLD SOCIETY FOR THE PROTECTION OF ANIMALS (WHO; WSPA). **Guidelines for the Dog Population Management**. Genebra: WHO; WSPA, 1990. 128 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. One Health. 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/features/qa/one-health/en/>>. Acesso em 19 jan. 2018.

_____. Global leishmaniasis update, 2006–2015: a turning point in leishmaniasis surveillance. **Weekly epidemiological record**. n. 38, v. 92, p. 557–572, 2017.

_____. Leishmaniasis Fact Sheet. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/en/>>. Acesso em 03 de abril de 2018.

WORLD SOCIETY FOR THE PROTECTION OF ANIMALS (WSPA). Situación de la población en los hogares de la Gran Área Metropolitana, Costa Rica. **Report by the World Society for the Protection of Animals**, San Jose, Costa Rica. 2012. Disponível em < www.veterinarios.or.cr/files/doc/Situacion-de-la-poblacion-canina-en-los-hogares-de-la-Gran-Area-Metropolitana-Costa-Rica-WSPA.pdf>. Acesso em 10.09.2018.

WORLD WITHOUT POVERTY (WWP). **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de rua**, 2009. Disponível em: <<http://www.wwp.org.br>>. Acesso em 01.10.18.

WORTH, D.; BECK, A. M. Multiple ownership of animals in New York City. **Transactions and studies of the College of Physicians of Philadelphia**. n. 3, p. 280-300. 1981.