



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA**  
**BACHARELADO EM MEDICINA VETERINÁRIA**

**RELATÓRIO DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO (ESO),**  
**REALIZADO NA ÁREA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO DISTRITO SANITÁRIO**  
**IV NA CIDADE DO RECIFE**

**A NECESSIDADE DE LEGISLAÇÃO SANITÁRIA PARA**  
**ESTABELECIMENTOS VETERINÁRIOS DO RECIFE**

**ANTONIELLY NASCIMENTO DOS SANTOS**

**RECIFE**

**2024**



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA**  
**BACHARELADO EM MEDICINA VETERINÁRIA**

**RELATÓRIO DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO (ESO),**  
**REALIZADO NA ÁREA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO DISTRITO SANITÁRIO**  
**IV NA CIDADE DO RECIFE**

**A NECESSIDADE DE LEGISLAÇÃO SANITÁRIA PARA**  
**ESTABELECIMENTOS VETERINÁRIOS DO RECIFE**

**ANTONIELLY NASCIMENTO DOS SANTOS**

Relatório de Estágio Supervisionado Obrigatório para obtenção de grau de bacharel em medicina veterinária na Universidade Federal Rural de Pernambuco, sob orientação do Prof. Dr. André Mariano Batista.

**RECIFE**

**2024**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação Sistema  
Integrado de Bibliotecas da UFRPE Bibliotecário(a): Ana Catarina  
Macêdo – CRB-4 1781

S237& Santos, Antonielly Nascimento dos.  
Relatório do Estágio  
Supervisionado Obrigatório (ESO)  
realizado na área de vigilância em  
saúde no distrito sanitário IV na  
cidade do Recife: a necessidade de  
legislação sanitária para  
estabelecimento veterinário do  
Recife / Antonielly Nascimento dos  
Santos. – Recife, 2024.  
62 f.

Orientador(a): André Mariano  
Batista.

Co-orientador(a): Kildrey Aquino  
de Oliveira.

Trabalho de Conclusão de Curso  
(Graduação) – Universidade Federal  
Rural de Pernambuco, Bacharelado



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA**  
**BACHARELADO EM MEDICINA VETERINÁRIA**

**RELATÓRIO DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO (ESO),  
REALIZADO NA ÁREA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO DISTRITO SANITÁRIO  
IV NA CIDADE DO RECIFE**

**A NECESSIDADE DE LEGISLAÇÃO SANITÁRIA PARA ESTABELECIMENTOS  
VETERINÁRIOS DO RECIFE**

**ANTONIELLY NASCIMENTO DOS SANTOS**

Aprovado em 03/10/2024

**BANCA AVALIADORA**

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. André Mariano Batista

Departamento de Medicina Veterinária da UFRPE

---

Me. Kildrey Aquino de Oliveira

Vigilância Sanitária do Recife

---

Me. Júlio Isaac Pinilla de León

Vigilância Sanitária do Recife

À minha família, especialmente à minha madrinha Lindacir, por sempre me apoiar e me incentivar a continuar, e ser minha fonte de inspiração e perseverança.

“Escolha sempre o melhor pra você

Com consciência, alegria e prazer

Mande embora energias más

Vai, desfaz, não volte atrás

E busque amor paz e mais e mais.”

(Bruno Cardoso, Munir Trad)

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente à minha família, que sempre me ajudou e me impulsionou ao longo da minha jornada no curso, principalmente meus pais que não mediram esforços para que eu continuasse e sempre me apoiaram completamente em todos esses anos. Agradeço às minhas irmãs por me aguentarem e fazerem parte de quem eu sou hoje, principalmente Gabi que tem que me aturar sempre.

Agradeço aos meus padrinhos que sempre me incentivaram a realizar meus sonhos e seguir meu caminho de forma independente e sempre me auxiliaram em todos os momentos da minha vida.

Agradeço de todo o meu coração às pessoas do distrito sanitário IV por me acolherem tão bem, Jorge, Kildrey, Márcia, Carol, Júlio, Mika, Roberta, Suely, Rafael, Ana, Roberta, Cyntia, Ivana, Itamir, Mariluce, Jaci, Taci e todos da vigilância em saúde.

Agradeço a minha turma, *πvets*, que fazem parte de quem eu sou e da minha jornada. Aos meus amigos de turma: Laís, Natan, Duda, Layla, Ykaro, Rebeca, Gabi, Natália, Rafa, Felipe, Maya, Iris, Eliana, Aninha e Lane por tudo que compartilhamos e por todo o carinho que sempre recebi.

Aos meus amigos que a veterinária me deu, João, Janaína, Laura, Dhebora, que fizeram parte de todas os meus momentos mais memoráveis dentro e fora das salas de aula e pelos corredores da universidade, e por todas as nossas conversas no RU.

Agradeço a melhor pessoa que a veterinária me permitiu conhecer, Bárbara, que sempre está comigo em todos os momentos da minha vida e com quem eu compartilho tudo sem culpa ou arrependimento. Obrigada por me escolher como amiga e por me permitir estar ao seu lado. Não posso esquecer da minha amiga Mireia, que chegou chegando e na minha vida e me fazendo rever várias convicções que eu tinha, obrigada por me tornar uma pessoa melhor e por me permitir aprender tanto contigo.

Não posso deixar de agradecer ao meu orientador André Mariano que me aturou todo esse tempo e me ajudou em todos os trâmites e todas as minhas dificuldades, e aguentou os meus sumiços sempre.

## RESUMO

O Estágio Supervisionado Obrigatório (ESO) que compõe parte essencial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina Veterinária pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), foi realizado no período de 1 de abril a 14 de junho de 2024, em regime de 40 horas semanais, sendo contabilizada carga horária total de 420 horas no período do estágio, realizado no setor de Vigilância em Saúde do Distrito Sanitário IV da Prefeitura Municipal do Recife, onde o período do estágio foi dividido entre as Vigilâncias Sanitária, Ambiental e Epidemiológica, sob a supervisão do Inspetor Sanitário Kildrey Aquino de Oliveira. No primeiro mês de estágio foram acompanhadas as atividades no serviço de Vigilância Sanitária, no segundo mês, durante um período de 15 dias, foram acompanhadas as ações da Vigilância Ambiental, como as atividades do programa de vigilância da qualidade da água para consumo humano (Vigiagua), coordenada pelo supervisor distrital do Vigagua e da Saúde do Trabalhador, Sr. Rafael Gonçalves Leal, e ações de Educação em Saúde, sob a responsabilidade da supervisora Roberta Cristina Martins Cardoso. Os últimos 15 dias do estágio foram realizados no serviço de vigilância epidemiológica, acompanhando as atividades da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal, sob a supervisão da enfermeira Roberta Maria. O segundo capítulo, referente ao Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado de “A necessidade de Legislação Sanitária para estabelecimentos veterinário na cidade do Recife” tem como objetivo elucidar a carência de legislações que permitam a vigilância sanitária, uma abordagem mais minuciosa e específica para estabelecimentos que atuam realizando atividades veterinária na cidade do Recife, como forma de uniformizar esses estabelecimentos quanto às regras, os equipamentos, os projetos e as atribuições dos mesmos no âmbito da saúde pública. Para realização desse trabalho foi necessária uma análise documental, realizada principalmente no repositório da Anvisa e do CFMV, porém com a aquisição de materiais em arquivos de órgãos públicos municipais e trabalhos realizados sobre o assunto afim de esclarecer todas as particularidades que cada localidade possui.

**Palavras-chaves:** Legislação sanitária; estabelecimentos veterinários; vigilância sanitária.

## **ABSTRACT**

The Compulsory Supervised Internship (ESO) is an essential part of obtaining a Bachelor's degree in Veterinary Medicine from the Federal Rural University of Pernambuco (UFRPE). It was carried out from April 1 to June 14, 2024, on a 40-hour-a-week basis, accounting for a total workload of 420 hours during the internship period. It was carried out in the Health Surveillance sector of Health District IV of Recife City Hall, where the internship period was divided between Health, Environmental and Epidemiological Surveillance, under the supervision of Health Inspector Kildrey Aquino de Oliveira. In the second month, for a period of 15 days, the activities of Vigiagua and Health Education were monitored in Environmental Surveillance, under the supervision of Vigiagua Supervisor and Workers' Health Coordinator Rafael Gonçalves Leal and Health Education Supervisor Roberta Cristina Martins Cardoso. The last 15 days of the internship were spent monitoring the activities of the Child and Fetal Death Surveillance in the Epidemiological Surveillance of Health District IV, under the supervision of Roberta Maria. The second chapter, referring to the Course Conclusion Work, entitled "The need for Sanitary Legislation for veterinary establishments in the city of Recife" aims to elucidate the lack of legislation that allows sanitary surveillance to take a more detailed and specific approach to establishments that carry out veterinary activities in the city of Recife, as a way of standardizing these establishments in terms of rules, equipment, projects and their attributions within the scope of public health. In order to carry out this work, it was necessary to carry out a documentary analysis, mainly in the Anvisa and CFMV repositories, but with the acquisition of materials in the archives of municipal public bodies and works carried out on the subject in order to clarify all the particularities that each location has.

**Keywords:** Sanitary Legislation; veterinary establishments; sanitary surveillance.

## Lista de tabelas

Tabela 1: número de veterinários ativos e cadastrados no CFMV;

Tabela 2: número de estabelecimentos cadastrados no CFMV;

Tabela 3: Arrecadação de ICMS por setor da economia.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESO	Estágio Supervisionado Obrigatório
UFRPE	Universidade Federal Rural de Pernambuco
SEVS	Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
DTHA	Doenças de Transmissão Hídrica ou Alimentar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
Redesim	Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios
CNAE	Cadastro Nacional de Atividade Econômica
TN	Termo de Notificação
AFE	Autorização de Funcionamento
ASACE	Agentes de Saúde Ambiental e Controle de Endemias
Vigiagua	Programa Nacional de Vigilância da qualidade da Água para Consumo Humano
Vigipeq	Vigilância em Saúde das Populações Expostas a Substâncias Químicas
VigiAr	Vigilância em Saúde Ambiental e Qualidade do Ar
Vigidesastres	Vigilância em Saúde dos riscos associados a desastres
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
PE	Ponto Estratégico
GAL	Gerenciador de Ambiente Laboratorial
LIRAA	Levantamento Rápido de Índices para <i>Aedes aegypti</i>
VE	Vigilância Epidemiológica
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TMR-TB	Teste Molecular Rápido – Tuberculose
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

Aids Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social  
SNVS Sistema Nacional de Vigilância Sanitária  
OPAS Organização Pan-Americana de Saúde  
MS Ministério da Saúde  
MPAS Ministério da Previdência e Assistência Social  
PIASS Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento  
CEBES Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
USP Universidade de São Paulo  
ABRASCO Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva  
CFMV Conselho Federal de Medicina Veterinária  
CRMV Conselho Regional de Medicina Veterinária  
SES-MG Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais  
SES-POA Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre  
CNAE Classificação Nacional de Atividades Econômicas  
IN Instrução Normativa  
CNS Conselho Nacional de Saúde  
CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
MAPA Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento  
SES-PE Secretaria do Estado de Saúde de Pernambuco  
PR Paraná  
ICMS Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços  
SEFAZ-PE Secretaria da Fazenda de Pernambuco

## Sumário

CAPÍTULO I.....	15
<b>1.1 Introdução</b> .....	15
<b>1.2 Distrito Sanitário IV</b> .....	17
<b>1.3 Vigilância Sanitária</b> .....	18
1.3.1 – Atividades Acompanhadas .....	21
<b>1.4 Vigilância Ambiental</b> .....	23
1.4.1 – Atividades Acompanhadas .....	25
<b>1.5 Vigilância Epidemiológica</b> .....	27
1.5.1 – Atividades Acompanhadas .....	29
CAPÍTULO II.....	31
NECESSIDADE DE LEGISLAÇÃO SANITÁRIA PARA ESTABELECIMENTOS VETERINÁRIOS DO RECIFE .....	31
2. Introdução.....	33
2.1 Revisão de Literatura.....	34
<b>2.1.1 Análise histórica do sanitarismo no Brasil</b> .....	34
<b>2.1.2 Regulação dos estabelecimentos veterinários</b> .....	45
3. Material e Métodos .....	50
4. Resultados e Discussão .....	51
5. Considerações finais.....	55
BIBLIOGRAFIA .....	57

## CAPÍTULO I

### 1.1 Introdução

O Estágio Supervisionado Obrigatório (ESO) compõe a grade curricular obrigatória para obtenção do grau de Bacharel em Medicina Veterinária da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). O curso de Medicina Veterinária ofertado pelo campus Sede da UFRPE tem duração de cinco anos e meio, dividido em 11 semestres, destes 10 compreendem as atividades teórico-práticas das disciplinas ofertadas no curso e o último semestre compreende o ESO, que tem carga horária mínima exigida de 420 horas.

O ESO tem como objetivo a promoção da vivência prática do concluinte em uma ou mais das diversas áreas de atuação do médico veterinário, assim como a possibilidade de realização em um ou dois estabelecimentos sendo eles públicos ou privados, estando facultado ao estudante a escolha da área de interesse na realização das atividades e do local em que o ESO será realizado, também é escolha do estudante o horário de realização das atividades do ESO, que poderão ser realizadas em regime de 6 ou 8 horas diárias.

Durante o período de 1 de abril a 14 de junho de 2024, de segunda-feira a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00 horas, sendo uma hora reservada para o almoço. Foram cumpridas oito horas diárias, 40 horas semanais, totalizando o equivalente a 424 horas de estágio, que foi realizado nos setores de Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância Epidemiológica, que são partes integrantes do setor de Vigilância em Saúde do Distrito Sanitário IV da Prefeitura da Cidade do Recife, que são geridas pela Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS).

O Estágio na Vigilância Sanitária foi realizado sob a supervisão do Inspetor Sanitário Kildrey Aquino de Oliveira, Mestre em Medicina Veterinária e Inspetor Sanitário das cidades de Recife e Olinda. Foram acompanhadas as atividades da vigilância sanitária realizadas pelas equipes de inspeção distrital, sendo possível o entendimento de todas as etapas do trabalho dessa vigilância, tanto no nível local como municipal. Durante o período de realização do ESO, foi apresentada a oportunidade de realizar e participar das atividades das outras divisões do Departamento de Vigilância em Saúde, como a Vigilância Ambiental e a Vigilância Epidemiológica.

Na Vigilância Ambiental, por um período de 15 dias, foi apresentado o trabalho e as atribuições do serviço, além das atividades realizadas dentro das dependências do distrito e aquelas que são realizadas à campo, tanto pelos coordenadores quanto pelos profissionais de campo, sob a supervisão de Rafael Gonçalves Leal, Técnico em Saúde e Controle Ambiental, que exerce a função de Supervisor do Vigiagua e Coordenador de Saúde do Trabalhador, e de Roberta Cristina Martins Cardoso, Técnica em Saúde e Controle Ambiental que exerce a função de Supervisora em Educação e Saúde.

No período de 15 dias acompanhando a Vigilância Epidemiológica, a supervisão ficou a cargo de Roberta Maria, enfermeira, responsável pela Vigilância do Óbito Infantil e Fetal, onde foi possível o aprendizado sobre todo o processo de trabalho para identificação do óbito e das suas possíveis causas. Ainda na vigilância epidemiológica, foi possível a introdução de todo o trabalho realizado pelas vigilâncias incluídas na coordenação de vigilância epidemiológica e o acompanhamento de atividades ligadas a essas vigilâncias, assim como suas ações nas localidades do distrito.

Durante o período de atividades do Estágio aconteceram vários encontros e capacitações em Vigilância em Saúde para os profissionais, estudantes e estagiários da área. Essas atividades realizadas servem para capacitar todos os profissionais envolvidos nas atividades do sistema de saúde, a fim de promover melhorias na inclusão de todos os usuários do SUS e o entendimento da importância de todos os trabalhadores de saúde. As capacitações também são realizadas para atualizações profissionais quanto ao atendimento de doenças e agravos e o uso dos sistemas de informação em saúde, além da melhoria do atendimento aos usuários e a necessidade de integração dos profissionais em saúde pública na realização de ações em saúde.

Foi possível acompanhar também a 1ª Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Etapa da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em que a participação como observador foi parte fundamental para a compreensão de como é estruturada o envio e discussão das propostas que visam a melhoria do sistema de saúde, tanto no município, quanto no estado e a nível federal.

A participação nas atividades de vivência com os profissionais da saúde básica e nas atividades que incluem os profissionais e residentes da área de saúde coletiva foram de grande importância para o processo de aprendizagem das estruturas que compõem as ações e o trabalho na saúde pública do município.

## **1.2 Distrito Sanitário IV**

A Vigilância em Saúde do Recife atua no território de forma distritalizada, tendo como base o princípio da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), como forma de obter melhor abrangência da população coberta pelos serviços de saúde. Assim foram implantados os Distritos Sanitários da Cidade de Recife, estes são formados pelos bairros da cidade e divididos em oito regiões político administrativas que abrangem todo o município, a sede de cada distrito encontra-se inserida de forma estratégica nos bairros, facilitando o acesso da população aos serviços oferecidos.

O Distrito Sanitário IV é formado pelos bairros do Cordeiro, Torre, Madalena, Prado, Várzea, Zumbi, Torrões, Engenho do Meio, Caxangá, Ilha do Retiro, Iputinga e Cidade Universitária. Todos esses bairros são cobertos pelas equipes de saúde presentes nas unidades e pela equipe presente na sede, onde são desenvolvidas as atividades relacionadas a vigilância em saúde do distrito, contemplando atividades de formação, estratégias de ação e capacitação dos servidores.

O desenvolvimento das Atividades do estágio aconteceu nas dependências do Distrito Sanitário IV, localizado no bairro do Cordeiro, na cidade do Recife – Pernambuco, Brasil. No Local há a distribuição de dependências dos setores de Vigilância em Saúde, sendo alocadas em salas diferentes de acordo com a política envolvida e o desenvolvimento das atividades.

A vigilância em saúde distrital responde diretamente a gerência do Distrito Sanitário, mas também está sob Coordenação da Secretaria Executiva de Vigilância à Saúde (SEVS), que é responsável pela implantação de políticas e estratégias nos distritos e pelas capacitações dos servidores em suas respectivas áreas. Cabe também ao nível central o acompanhamento das atividades realizadas nos distritos para possíveis intervenções quanto ao método aplicado e acompanhamento da produtividade de cada setor para possíveis intervenções no território que venha a proporcionar melhor cobertura das atividades desenvolvidas.

Dentro das dependências do distrito estão presentes os setores que compõem a vigilância em saúde, que são a vigilância sanitária, a vigilância ambiental, a vigilância epidemiológica e a vigilância em saúde do trabalhador. Além dessas vigilâncias o distrito sanitário comporta o departamento de assistência à saúde com suas respectivas políticas (criança, idoso, entre outras), gerência administrativa/ financeira e de recursos humanos.

### **1.3 Vigilância Sanitária**

A Vigilância Sanitária tem como competências a análise de processos de licenciamento sanitário, a inspeção em estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, a investigação de surtos de Doenças de Transmissão Hídrica ou Alimentar (DTHA) em conjunto com outras vigilâncias, a investigação de denúncias de não conformidades dos estabelecimentos, a apreensão de produtos não regulamentados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a realização de ações restritivas em produtos e/ou estabelecimentos que descumpram com as legislações vigentes.

A Vigilância Sanitária do Distrito Sanitário IV encontra-se alocada em uma sala equipada com computadores, e acesso à internet, que são utilizados pela equipe para análise técnica dos documentos anexados aos processos de licenciamento sanitário simplificado dos estabelecimentos que estão dispostos no território do Distrito, essa análise consiste em revisão de documentos enviados, devolução dos processos para correção de exigências documentais e pendências estruturais, deferimento ou indeferimento dos processos. Além da atualização dos dados dos estabelecimentos cadastrados em sistema para monitoração das atividades realizadas e da produtividade da equipe.

O processo de licenciamento sanitário da cidade do Recife segue as orientações previstas em legislação municipal, que orienta e estabelece requisitos para proceder com o licenciamento sanitário municipal. Esta legislação deixa claro que todas as etapas do licenciamento ocorrem de maneira eletrônica e sem necessidade de entrega documentos físicos por parte do solicitante.

“Os serviços e estabelecimentos passíveis de licença sanitária, bem como os órgãos municipais da Administração Direta e Indireta, deverão utilizar, obrigatoriamente, o sistema, por meio eletrônico para a tramitação de processos de licenciamento sanitário”. Estabelece o Art.2º da Lei Municipal nº 18.864 de 02 de dezembro de 2021. (Recife (PE), 2021).

Para o início do processo de licenciamento sanitário simplificado é preciso que o contribuinte entre no site do licenciamento unificado e siga o passo a passo para cadastro no

sistema e iniciar o processo de licenciamento. Todas as fases para realização do processo são explicadas no site, assim como todos os dados e documentos necessários.

A concessão de licença sanitária para o estabelecimento é avaliada de acordo com a classificação de risco sanitário que a atividade econômica oferece a saúde pública, sendo realizadas etapas no processo de licenciamento sanitário diferente para as diferentes classificações de risco. A classificação de risco sanitário das atividades econômicas de interesse da Vigilância Sanitária segue as diretrizes da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 153/2017, alterada pela RDC nº 418/2020, que no contexto da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios (Redesim), tem como objetivo a simplificação e a integralização dos procedimentos de licenciamento sanitário. Por meio da adoção conjunta de ações e medidas que possibilitem essa integralização e simplificação do processo, deixando claro a autonomia local para a adaptação da classificação de risco.

“A presente Resolução pode ser suplementada pelos órgãos de vigilância sanitária estaduais, distrital e municipais, considerando as especificidades inerentes às realidades locais, em conformidade com as disposições aqui estabelecidas.

Estabelece o Art.3 da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 153 de 26 de abril de 2017 (Brasil, 2017)”

Considerando as premissas adotadas na RDC nº 153/17, e a instituição das competências estaduais, distrital e municipais realizada pelo artigo supracitado a cidade de Recife instituiu legislação com a classificação de risco das atividades econômicas de acordo com o território.

“Para fins do licenciamento sanitário, adota-se a seguinte definição de grau de risco para atividades econômicas passíveis de licenciamento:

I – RISCO I (baixo risco): atividades econômicas contempladas no Decreto nº 35.610/2022, que em razão do risco irrelevante ou inexistente não necessitam de emissão de licenciamento sanitário nem de realização de inspeção sanitária prévia, ficando sujeitas a inspeção posterior ao funcionamento da empresa e ao exercício da atividade econômica;

II – RISCO II (médio risco): atividades econômicas de interesse à saúde que não exigem prévia realização de inspeção sanitária no local por parte da Vigilância

Sanitária para emissão da Licença Sanitária, ficando sujeitas a inspeção posterior ao funcionamento da empresa e ao exercício da atividade econômica;

III – RISCO III (alto risco): atividades econômicas de interesse à saúde que exigem inspeção sanitária e análise documental prévia por parte da Vigilância Sanitária para emissão da Licença Sanitária;

IV – RISCO PENDENTE DE INFORMAÇÃO (DI): atividades cuja classificação do grau de risco sanitário dependa de informações prestadas pelo solicitante que, ao responder perguntas durante o processo de licenciamento, serão remetidas para o Risco II ou Risco III ou não passível de licenciamento sanitário.

Estabelece o Art. 2º (incisos I, II, III e IV) da Decreto nº 36.521 de 05 de abril de 2023. (Recife (PE), 2023).

A Classificação do grau de risco das atividades econômicas aplicada pela prefeitura de Recife são determinadas em consonância com o Cadastro Nacional de Atividade Econômica (CNAE), estabelecidas na Instrução Normativa - IN nº 66 de 01 de setembro de 2020 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Seguindo a classificação de risco são colocadas em prática as ações para monitoramento dos estabelecimentos e concessão da licença sanitária de acordo com os critérios empregados.

As inspeções sanitárias realizadas pela Vigilância se dão de acordo com prioridades pré-estabelecidas, nesse caso a prioridade máxima é a investigação de surto de DTSA, que acontece em conjunto com a Vigilância Ambiental e a Vigilância Epidemiológica, que é a responsável pela coordenação da investigação. Outra prioridade é a inspeção em estabelecimentos em que foram relatadas denúncias de não conformidade relatadas à Ouvidoria de Vigilância em Saúde. Além dessas, há também a prioridade dos estabelecimentos classificados como Alto Risco em que a inspeção sanitária prévia é necessária para a concessão da Licença Sanitária. Respeitadas essas prioridades as inspeções de rotina e acompanhamentos do estabelecimento já licenciados acontecem normalmente, assim como a busca ativa de estabelecimentos, estes podem se encontrar licenciados, com a licença expiradas ou serem isentos de Licença Sanitária, mas sujeitos à Inspeção Sanitária.

No momento da Inspeção é solicitada ao responsável presente no local a licença sanitária vigente, ou o número de protocolo da solicitação de licenciamento sanitário simplificado, em caso dos estabelecimentos isentos de licença sanitária, mas sujeitos a inspeção sanitária esta ocorre imediatamente à entrada no estabelecimento, após a comunicação ao responsável da obrigatoriedade da inspeção. É necessário o acompanhamento do responsável pelo local em todas as etapas da inspeção realizada, a fim de assegurar a veracidade informações obtidas

durante o procedimento, assim como a assinatura do responsável nos documentos oficiais do setor que podem ser gerados posteriormente a realização da inspeção sanitária.

Durante a inspeção sanitária podem ser gerados documentos necessários para a formalização das ações realizadas, entre esses documentos tem-se o Termo de Notificação (TN), que tem como finalidade de assinalar as ações que precisam ser tomadas no estabelecimento para estar em conformidade com as legislações vigentes para a atividade estabelecida. Também podem ser gerados Auto de Apreensão Cautelar de produtos e/mercadorias que estão em dissonância com as legislações vigentes, Termo de Interdição Cautelar de equipamentos, setores, ambientes e/ou estabelecimentos, Termo de Inutilização de produtos ou maquinários.

### **1.3.1 – Atividades Acompanhadas**

Durante o período de 01 de abril a 03 de maio, e de 20 a 31 de maio de estágio no setor, várias ações e atividades de foram acompanhadas, de forma a contemplar todos os procedimentos realizados pelas equipes de Vigilância Sanitária. Compreendendo o acompanhamento das inspeções sanitárias, a realização de coleta de amostra de alimentos envolvidos em surtos de DTHA, a participação em atividades de formação em vigilância em saúde, estudo das legislações vigentes e discussão sobre as ações realizadas e acompanhadas.

Entre as atividades acompanhadas estão as inspeções prévias de estabelecimentos compreendidos no risco sanitário III, que necessitam de visita da equipe de vigilância antes o deferimento do processo de licenciamento e que precisam de aprovação do projeto arquitetônico para o licenciamento. Nesses estabelecimentos é realizada uma inspeção sanitária antes do licenciamento, essa inspeção gera um relatório de inspeção, que deve ser assinada pelos inspetores sanitários e pelo responsável pelo estabelecimento e anexado ao processo de licenciamento da ANVISA, esse relatório é essencial para a solicitação da Autorização de Funcionamento (AFE) pela empresa, que poderá funcionar antes do deferimento da licença sanitária, essa empresa terá a licença sanitária expedida após nova inspeção com as atividades funcionando para avaliar se os padrões vistos na inspeção anterior permanecem.

Foram acompanhadas inspeções sanitárias em estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde, seguindo as normas próprias para cada classe e avaliando as necessidades de cada ambiente, tendo como ponto principal a educação em saúde dos contribuintes em relação aos

atos normativos que deveriam ser seguidos, sendo explicado sempre por que os procedimentos deveriam ocorrer da forma vigente na legislação disponível. Sempre deixando claro ao responsável no momento da inspeção todas as ações a serem tomadas para a adequação às normas vigentes.

Também foram acompanhadas inspeções sanitárias em estabelecimento sujeitos à vigilância sanitária que são isentos de licenciamento sanitário, sendo observadas as instalações e atividades realizadas, conferindo se essas estavam de acordo com a classificação do estabelecimento e com as normativas regentes das atividades econômicas realizadas.

Foi possível acompanhar a investigação de surtos alimentares ocorridos no território do distrito sanitário IV, sendo acompanhadas todas as etapas para concretização da investigação. Essas etapas compreendem a visita ao estabelecimento suspeito de envolvimento no surto, onde é realizada a inspeção das instalações e do preparo e armazenamento dos alimentos, durante essa inspeção é realizada a busca pelos alimentos envolvidos no caso e a coleta de amostra desses alimentos para avaliação bromatológica. Após a realização da inspeção e envio das amostras para o laboratório deve ser redigido um relatório de investigação do surto onde são detalhadas as ações realizadas e as condições encontradas no local no momento da inspeção, assim como a descrição das amostras coletadas e das condições higiênico-sanitárias do estabelecimento.

Também foram acompanhadas inspeções que necessitavam da geração de Termo de Notificação (TN) nos estabelecimentos, sendo descritos nesses termos as mudanças necessárias para a adequação do estabelecimento junto à vigilância sanitária, assim como a data limite para essas adequações em que haveria o retorno da equipe de vigilância sanitária ao local para avaliação das adequações propostas que foram realizadas.

Durante o período de realização das atividades do estágio também foi possível o acompanhamento de ações formadoras dos servidores, incluindo-se nessas ações seminários e palestras acerca de legislações vigentes, assim como ações que visavam reafirmar as ações da vigilância em saúde com a participação de servidores da área.

Foram acompanhadas a realização de seminários para explicação de inspeções dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária. Dentre esses estabelecimentos estão os serviços de estética, em que foram apresentadas as legislações que são utilizadas para a regulação e fiscalização desses estabelecimentos, sendo apresentadas as atividades realizadas e a diferença entre os serviços de estética de saúde e os serviços de estética de interesse à saúde.

Houve também a formação profissional sobre a legislação que regulamenta os laboratórios clínicos, posto de coleta, laboratórios de anatomia patológica e outros serviços que realizam exames de análises clínicas (RDC nº 786/2023). Nessa formação foram explicadas as atividades abrangidas pela legislação e os requisitos das instalações, equipamentos e pessoal para a realização dessas atividades. Sendo compreendidas as ações que as equipes de vigilância sanitária realizam nesses estabelecimentos e a definição da classificação de risco desses estabelecimentos, além de dúvidas que foram sanadas quanto aos artigos presentes na norma que não foram completamente explicitados por ela.

#### **1.4 Vigilância Ambiental**

A Vigilância em Saúde Ambiental é a parte integrante da Vigilância em Saúde responsável pelo monitoramento contínuo dos fatores ambientais que são capazes de trazer impactos à saúde pública, entre esses fatores estão a qualidade da água, do solo, do ar, a saúde da populações expostas a contaminantes químicos, a vigilância de desastres ambientais, monitoramento esse que é fundamental para a identificação de riscos ambiental e a realização de orientações sobre ações de prevenção e controle desses impactos.

O Setor de Vigilância em Saúde Ambiental trabalha diretamente com os profissionais de saúde que estão em contato constante com a população, que são os Agentes de Saúde Ambiental e Controle de Endemias (ASACE), além dos profissionais que estão na coordenação da Vigilância que tem como objetivo analisar o trabalho do ASACE e determinar ações a serem tomadas de acordo com a necessidade da área, além de instruir os Supervisores de Área na realização do trabalho.

O Programa Nacional de Vigilância da qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua), é componente da Vigilância Ambiental que realiza a inspeção continuada da qualidade da água para consumo humano, oriundas de abastecimento público ou abastecimento por meio de soluções alternativas, por meio da coleta da água em pontos estratégicos que podem ser residências, comércios e órgãos públicos, para a avaliação das condições sanitárias que esse abastecimento está chegando à população. A análise da água é realizada pelo Laboratório Municipal da Vigilância em Saúde, que dá o resultado da análise química e biológica dessa água para o setor responsável, sendo esses resultados repassados para o responsável pelo abastecimento público e para gerência do município, além de estar disponíveis para consulta

dos responsáveis pelo abastecimentos e profissionais responsáveis pela vigilância, de modo que providências sejam tomadas sempre que haja necessidade para o enquadramento da água nos critérios de potabilidade instituídos.

A Vigilância em Saúde das Populações Expostas a Substâncias Químicas (Vigipeq), é definida pelo Ministério da Saúde como programa com o objetivo de desenvolver ações de prevenção contra doenças e agravos, além da promoção e atenção à saúde das populações expostas a contaminantes químicos que causam impacto na saúde humana e na relação com o meio ambiente, buscando a inclusão dessa população em todos os setores da saúde.

A Vigilância em Saúde Ambiental e Qualidade do Ar (VigiAr), subprograma do Vigipeq, responsável pela identificação e priorização de áreas em que a população residente está suscetível a exposição aos poluentes do ar. Uma das estratégias desenvolvidas pelo programa é a seleção de unidades sentinelas, a identificação das situações críticas de poluição inclui regiões afetadas por queimadas, grandes áreas urbanas com alta concentração de poluentes, áreas com alta atividade industrial, qualidade do ar doméstico e impactos das mudanças climáticas, dentre essas áreas são selecionadas as unidades sentinelas para a monitoração da exposição a poluentes e os efeitos na saúde.

A Vigilância em Saúde dos riscos associados a desastres (Vigidesastre), está inserida no contexto da saúde pública como parte fundamental na implantação de estratégias para atuação em desastres de origem natural ou tecnológica. A inserção de ações relacionadas a redução do risco de desastre é considerada uma das funções essenciais da saúde pública, sendo essas ações relacionadas a prevenção, preparação, resposta e reabilitação para que haja a redução do impacto dos desastres sobre a saúde pública.

Além das ações desses programas integrados no sistema de ações da Vigilância Ambiental, uma das abordagens mais importantes nas ações de saúde pública é a educação em saúde. Essa política acontece em articulação da Gerência de Vigilância Ambiental, a Coordenação de Educação em Saúde e os profissionais de campo, ASACE, que planejam, articulam e promovem ações de Educação em Saúde para a população como forma de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde. Durante o período de realização do estágio foi possível entender a articulação dos profissionais para a realização de ações de promoção à saúde da população.

O ASACE tem como uma responsabilidade no trabalho a realização de ações de educação em saúde, de maneira periódica e que são formalmente planejadas e enviadas a coordenação, essas ações podem ser realizadas em escolas e creche, praças públicas e outros

ambientes que a população tenha acesso facilitado e que garanta participação do público. Com essa demanda foram pensadas estratégias para integração das atividades dos ASACE com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para que as atividades realizadas tivessem mais impacto na população e no território.

Os Agentes de Saúde Ambiental e Controle de Endemias tem papel fundamental nas ações da Vigilância Ambiental, pela proximidade com a população e por serem os principais condutores das estratégias de saúde pública da localidade. Sendo eles os carreadores dos programas de educação em saúde, da identificação e cadastro dos riscos ambientais, da prevenção e recuperação de doenças, além da atualização das estratégias de controle químico e biológico, manejo ambiental e integrado de vetores, ações de mobilização da comunidade para o desenvolvimento de estratégias de manejo e intervenção ambiental, e coleta de dados que tem o papel fundamental para as estratégias de controle, prevenção e manejo de doenças contribuindo para o monitoramento epidemiológico da comunidade.

Outra coordenação existente nas atribuições da Vigilância Ambiental é a do Ponto Estratégico (PE), que são os locais onde a concentração de depósitos para a oviposição da fêmea do *Aedes aegypti* é maior, entre esses locais estão cemitérios, terrenos baldios, construções, depósitos de sucata ou material de construção, oficinas mecânicas, locais onde há acumulação de pneu, casas abandonadas ou locais vulneráveis à introdução do vetor. Nesses locais são colocadas armadilhas com a aplicação de larvicidas e adulticidas de ação residual, essa vigilância é realizada de forma quinzenal nos PEs espalhados pelo município.

#### **1.4.1 – Atividades Acompanhadas**

Durante o período de 06 a 17 de maio de 2024, foram acompanhadas as atividades realizadas pela Vigilância em Saúde Ambiental do Distrito Sanitário IV da cidade do Recife, nesse período ocorreu a apresentação das ações da Vigilância no território e os responsáveis por cada etapa do trabalho.

Foram acompanhadas as Atividades e ações da Coordenação do Vigiagua do território, que abrange a realização de coleta da água em determinadas estações de abastecimento, que já tem o cadastro no sistema do Sisagua, que gerencia as unidades de abastecimento, o tipo de abastecimento e a origem da água do local, para a obtenção de dados fidedignos das coletas e análises realizadas.

Também foram apresentadas as coordenações que compõem a vigilância ambiental, dentre elas a coordenação de Pontos Estratégicos, que realiza as atividades de inspeção e supervisão dos pontos que são focos para o estudo da ocorrência do *Aedes aegypti* na cidade do Recife, a fim de monitorar a sua população e fomentar estratégias para o combate, além de realizar campanhas de ações para população que visam diminuir os índices de acometimentos pelas infecções carreadas por essa espécie.

As etapas para a realização das atividades do Vigiagua consistem em: selecionar o local onde será obtida a amostra, entrar no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) para a obtenção do protocolo de amostragem para a informatização dos dados, preparar os instrumentos necessário para uma boa coleta. Quando a coleta é realizada as amostras são transportadas para o Laboratório Municipal onde serão realizadas as análises solicitadas pelo GAL.

Durante o período de estágio e acompanhamento das atividades do Vigiagua todas as etapas do processo foram acompanhadas e visualizadas de uma forma bem instrutiva e objetiva. Foram realizadas 6 coletas de água para avaliação mensal do programa, essas coletas foram realizadas de acordo com os sistemas de abastecimento que compõem a cidade do Recife e de modo a abranger melhor esse abastecimento.

Para que a coleta seja realizada é necessário seguir alguns passos, dentre eles é preciso que a água coletada seja oriunda do abastecimento pré-reservação, não sofrendo influência das condições do reservatório do local, cuja manutenção não é de responsabilidade da rede de abastecimento. O intuito dessa coleta é analisar as condições físico-químicas e microbiológicas que essa água está chegando para a população, alguns fatores devem ser levados em consideração como as condições do encanamento responsável pela distribuição de água e as condições dos arredores da torneira em que essa coleta é realizada.

Durante a realização da coleta foi possível visualizar, ainda em campo, a disparidade do teor de cloro livre na água de abastecimento nas diferentes localidades em que foram realizadas coletas, fator esse que é fundamental para a avaliação da potabilidade da água e da adequação aos padrões definidos para a distribuição dessa água para a população.

Também foi acompanhada a criação de estratégias de educação em saúde que integrassem os ASACE e ao ACS, para a composição ações em educação e promoção à saúde da população que contemplasse todas as esferas de trabalho para uma melhor abordagem das

peças a importância da prevenção de doenças e agravos na saúde individual e coletiva da localidade. Nesse período foram realizadas conversas tanto com os ASACE quanto com os ACS para a adoção de ideias e práticas que pudessem compor essas ações.

Nesse período também foi possível o acompanhamento dos trabalhos de campos dos ASACE na realização do Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA), que é realizado por meio de amostragem da incidência no território, sendo realizada a visita domiciliar e questionário nas residências para a realização do levantamento. Assim como a busca por ovos nos reservatórios de água da residência. Tendo como base de quantificação o *Índice de Breteau*, é feita a coleta de larvas, quando há a presença, e o tratamento da água dos reservatórios susceptíveis a uma infestação.

A realização do período de vivência na área foi fundamental para o amadurecimento da visão de saúde ambiental que foi adquirido durante o período de realização do curso, possibilitando o conhecimento das ações de forma mais abrangente e completa e enriquecendo a concepção de ambiente e ações realizadas para possibilitar a integração de todos os agentes que compõem a vigilância.

## **1.5 Vigilância Epidemiológica**

A Vigilância Epidemiológica (VE) compreende as ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, que tem por finalidade a recomendação e adoção de medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Para a realização dessas ações a VE necessita coletar, processar e analisar os dados e informações para alimentar o Sistema de Vigilância Epidemiológica, esses dados são separados em dados demográficos e ambientais, dados de morbidade, dados de mortalidade e notificação de surtos e epidemias.

A Vigilância Epidemiológica distrital é integrada à Gerência de Vigilância Epidemiológica, que também tem como serviço integrante o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), onde são publicados os boletins epidemiológicos das vigilâncias de doenças e agravos, transmissíveis e não transmissíveis, de todo o território do município. O CIEVS é responsável pela publicação das fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e pelo recebimento das notificações desses

agravos, assim como a qualificação dessas informações para que as fichas sejam encaminhadas para o distrito responsável pela investigação.

A equipe de VE do distrito sanitário é dividida entre as coordenações de vigilâncias. Cada agravo ou doença tem um responsável pela coleta de dados, recebimento e verificação da notificação e alimentação do sistema com as informações obtidas de cada caso, as notificações de casos relativos a cada doença ou agravo é realizada pelo envio das fichas de notificação aos distritos correspondentes e investigação dos casos em comunicação com as unidades de saúde da localidade ou com a unidade que atendeu o caso.

As ações da vigilância da tuberculose e hanseníase é realizada pela mesma pessoa, as ações são realizadas a partir da notificação dos casos realizada pelas unidades de atendimento. A notificação deve ser realizada a partir do preenchimento da ficha de notificação/investigação, que é encontrada no SINAN, próprias para tuberculose e hanseníase, onde serão preenchidos os dados do paciente e do local de atendimento e as informações sobre o aparecimento da doença, no caso da tuberculose há a opção de sinalizar a realização do Teste Molecular Rápido - Tuberculose (TMR-TB) e a indicação de doenças e agravos associados, no caso da ficha para hanseníase ainda não há a opção de realização do teste rápido, mas há a classificação da forma clínica e a indicação do esquema terapêutico iniciado. Essas informações devem ser utilizadas para o preenchimento no sistema de todas as atualizações sobre o caso, atualizações essas que ocorrem devido o acompanhamento dos pacientes, observando a realização de diagnóstico laboratorial, o início do tratamento e a realização do tratamento de forma completa, ou a notificação de abandono desse tratamento pelo paciente. Todas essas informações devem ser coletadas, tanto pela VE quanto pela unidade de saúde responsável pelo paciente. Vale ressaltar que a dispensação de medicações para os pacientes só é autorizada após a passagem da ficha pela VE, que é quem encaminha essas solicitações para a farmácia.

A vigilância das arboviroses no Recife segue o mesmo fluxo de informações de outras vigilâncias de doenças e agravos, sendo encaminhadas para a VE as fichas de notificação do SINAN para as arboviroses, onde deve ser sinalizada qual a arbovirose suspeita do caso. As informações desses casos servem para a investigação mais aprofundada, a responsável pela vigilância das arboviroses realiza visitas para a elucidação dos casos, durante essas visitas são realizados a coleta de material para a realização dos testes e complementação das informações no sistema.

A vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e

Hepatites virais são realizados pela VE com o mesmo fluxo das informações que as vigilâncias supracitadas, nos casos de Aids há uma ficha diferente para os casos infantis (em crianças menores de 13 anos) e os casos em adultos (com 13 anos ou mais), também tem a ficha diferentes para gestantes HIV positivo, nas investigações dos casos de Aids é importante a atenção em relação à coinfeção por tuberculose, considerando que a depressão do sistema imune deixa o indivíduo mais susceptível a essa coinfeção, por esse motivo a vigilância da Aids e da TB tem comunicação contínua dos casos. Também é acompanhada continuamente com a vigilância de mortalidade materna, fetal e infantil, pois algumas ISTs causam problemas congênitos.

A vigilância do Óbito Infantil e Fetal é realizada com uma investigação minuciosa sobre quais os fatores foram determinantes para a ocorrência do óbito. Os casos são encaminhados para a VE e estão os dados são coletados com os responsáveis pelo atendimento da mãe, do início da gravidez até a ocorrência do óbito, são avaliados os atendimentos da mãe, em caso de realização do pré-natal e todos os cuidados relativos à gravidez para a definição dos fatores que determinaram a ocorrência do óbito. Todos os dados coletados e investigados são adicionados à planilha própria da vigilância, e após a coleta de todos os dados é realizada a apresentação do relatório da investigação com as autoridades da Vigilância em saúde, secretaria de saúde e representantes do atendimento clínico para o encerramento do caso.

A vigilância da violência interpessoal e autoprovocada é realizada com a coleta de informações via preenchimento de ficha do SINAN, que deve conter a especificação da violência ocorrida e os encaminhamentos realizados, tendo em vista que as violências se tornaram de notificação compulsória em 2011, e que os casos de violência sexual e autoprovocada são de notificação imediata. Todos os dados coletados sobre as vítimas de violência são incluídos na planilha da vigilância, completando todas as atualizações sobre o caso.

### **1.5.1 – Atividades Acompanhadas**

Durante o período de 03 a 14 de junho de 2024, foram acompanhadas as atividades da Vigilância Epidemiológica, sendo explicadas todas as ações de vigilância de doenças e agravos realizadas no território do distrito IV e o acompanhamento das atividades de vigilância do óbito infantil e fetal.

Durante o acompanhamento das atividades da vigilância, foi visto todas as fases do trabalho para que houvesse o encerramento da investigação e desfecho do caso, que é a resolução e a conclusão de qual fator foi determinante para a ocorrência do óbito. Durante a investigação é solicitada à rede de atendimento que realizou as intervenções hospitalares nos pacientes a ficha médica desse atendimento para observação dos atos realizados no atendimento e entendimento do quadro médico em que se encontravam os envolvidos na investigação, que nesses casos as informações maternas e fetais/infantis.

Todas as informações encontradas durante a investigação devem ser qualificadas e computadas no relatório da investigação, que deve mostrar um panorama dinâmico e descritivo, de forma temporal, de como ocorreram as intervenções médicas e hospitalares.

Foi possível acompanhar também a 1ª Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Etapa da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em que foram propostas e votadas as políticas que deveriam ser adotadas nos âmbitos municipal e estadual, com a colaboração dos profissionais atuantes nas redes de saúde de Recife para a proposição das ideias.

## CAPÍTULO II

### NECESSIDADE DE LEGISLAÇÃO SANITÁRIA PARA ESTABELECIMENTOS VETERINÁRIOS DO RECIFE

#### RESUMO

O presente trabalho tem como finalidade apontar as mudanças que ocorreram nas legislações brasileiras ao longo dos anos devido as atualizações das necessidades sanitária do país, em vistas da saúde pública, e a necessidade de constante atualização dessas legislações sobre os estabelecimentos, tendo como foco os estabelecimentos veterinários. A análise das ações de saúde pública no Brasil ocorreu desde meados do século XIX até a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, tendo passado pela criação do Ministério da Saúde e a história de luta pela reforma sanitária no país. Também foram analisados no trabalho a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina Veterinária e a sua contribuição para a regulamentação e fiscalização da profissão, sendo esses dotados de normativas e resoluções que serviram para a elaboração de resoluções estaduais e municipais de vigilância sanitária em estabelecimentos veterinários e poderão continuar servindo para que outros municípios e estados regulamentem a profissão junto à vigilância sanitária.

**Palavras-chave:** saúde pública; reforma sanitária; regulamentação.

## **ABSTRACT**

The purpose of this paper is to point out the changes that have taken place in Brazilian legislation over the years due to the country's updated health needs, with a view to public health, and the need to constantly update this legislation on establishments, with a focus on veterinary establishments. The analysis of public health actions in Brazil took place from the mid-19th century until the creation of the National Health Surveillance Agency, including the creation of the Ministry of Health and the history of the struggle for sanitary reform in the country. The paper also analyzed the creation of the Federal and Regional Councils of Veterinary Medicine and their contribution to the regulation and supervision of the profession, which were endowed with regulations and resolutions that served to draw up state and municipal resolutions on health surveillance in veterinary establishments and may continue to serve other municipalities and states to regulate the profession in relation to health surveillance.

**Keywords:** public health; sanitary reform; regulation.

## **2. Introdução**

O início das ações em saúde pública no Brasil, e efetivação das atividades sanitárias que impactam nesse aspecto, começaram a ser evidenciados em meados do século XVIII com a criação da Junta de Higiene pública na capital do Brasil, pela lei federal nº 598/1850, onde definidas suas atribuições de propor ao governo medidas para o benefício da salubridade pública e exercer a polícia médica nas visitas as embarcações da capital do país (Brasil, 1850), sendo regulamentada e ampliada para os demais territórios brasileiros posteriormente pela lei federal 828/1851, que definia sua responsabilidade quanto as fiscalizações em portos e embarcações e fiscalização dos mercados e estabelecimentos que realizavam atividades com potencial de carrear riscos à saúde dos cidadãos (Brasil, 1851). Além da regularização dos poderes da polícia sanitária, realizada pelo decreto 68/1889, que ocorreu pela necessidade de regularização das ações da polícia sanitária na adoção de medidas sanitárias que agissem impedindo ou atenuando o desenvolvimento de epidemias (Brasil, 1889).

A definição, regularização e implementação política atual da Vigilância sanitária no Brasil, como todos os seus deveres, legislações e atualizações surgiu da luta pela criação de um sistema de saúde que contemplasse a todos de forma igualitária, esse empenho para a mudança de visão do conceito de saúde pública, se instaurou em um momento em que a organização de saúde pública era responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), instituído pela lei 6.439/77, que coa pacientes que possuíssem vínculo empregatício formal e contribuía para a Previdência Social (Brasil, 1977). Dessa luta pela melhoria das políticas sociais e do acesso ao sistema de saúde, surge a reforma sanitária, que tem como objetivo garantir o acesso universal à saúde dos cidadãos, tendo como ponto de virada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que resultou na criação e implementação das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 e na Constituição Federal de 1988.

Dentro do contexto de saúde pública e atualização das ações do SUS, surge a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estabelecida pela Lei nº 9.782/1999, como o órgão responsável pelas ações de fiscalização e regulamentação dos estabelecimentos especificados e responsável pela coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). A ANVISA surge como principal autor das ações de promoção à higiene pública e do estado

sanitário do país, definindo obrigações dos estabelecimentos para seu funcionamento e adequação ao sistema sanitário.

## **2.1 Revisão de Literatura**

### **2.1.1 Análise histórica do sanitarismo no Brasil**

A análise histórica da preocupação sanitária no Brasil mostra as mudanças nas ações de fiscalização e regulação do governo, para a melhoria da saúde pública da sociedade, a partir do momento em que foi esclarecida a implicância de algumas atitudes e costumes na saúde da população. Em 1841 foi publicada a lei nº 243, que trata das despesas do governo e o orçamento para os anos financeiros de 1842 e 1843, o artigo de número 38 desta lei deixou autorizado que o governo realizasse as reformas nas inspeções sanitárias dos portos conforme a exigência do serviço público.

“Em virtude da autorização do artigo 38 da Lei número 243 de 30 de novembro de 1841, e com a aprovação da Seção do Conselho de Estado responsável pelos assuntos do Império, determino que nas inspeções de saúde nos portos deve ser seguido o regulamento a seguir.” Estabelece o caput do Decreto nº 268 de 29 de janeiro de 1843 (Brasil, 1843).

Este Decreto, que veio em decorrência do artigo 38 do decreto 243, tem como objetivo a regulamentação das inspeções de saúde dos portos com orientações sobre a realização das inspeções e com a instituição de cargos para a formação das equipes responsáveis por essas inspeções. Houve então a abolição do cargo de professor de saúde, sendo suas atribuições transferidas para o provedor de saúde, este podendo ser médico ou cirurgião. Este decreto também definiu as competências do provedor de saúde sobre as inspeções realizadas com a realização de visitas as embarcações, inspeções das atividades dos empregados, entrega de cartas de saúde e implantação da polícia sanitária do porto, assim como o requerimento das autoridades governamentais sobre providências a serem tomadas em ações que não estão previstas no decreto.

Em 1850, foi criada a Junta de higiene pública, pelo decreto nº 598, com o objetivo de prover a melhoria do estado sanitário da capital do Brasil, cidade do Rio de Janeiro, a junta era composta por cirurgiões da armada e do exército, do inspetor do instituto vacínio e provedor da saúde do porto ou inspetor da saúde do porto, responsáveis pela realização de atividades de inspeção nos portos da cidade e pela proposição de medidas para o governo que promovam a melhoria da saúde pública na capital, além de exercer a polícia médica nas visitas da embarcações, que eram de responsabilidade da inspeção da saúde do porto, e em todos os outros lugares que pudessem promover algum dano à saúde pública.

No terceiro trimestre do ano de 1851 foi regulamentada, pelo Decreto nº 828, a Junta de Higiene Publica, abrangendo suas atividades para todo o território nacional, sendo-lhe atribuída a realização de inspeção da saúde nos portos, com alterações quanto ao decreto nº 268/1843 entre elas a obrigação da comunicação em casos de manifestação de doença contagiosa e declaração de quarentena de embarcações à junta central.

Outra função atribuída a junta central é a inspeção da vacinação, conforme o decreto nº 464/1846, que regulamenta o instituto vacínico do império, com algumas modificações deste decreto quanto as atribuições do inspetor geral do instituto vacínico presentes no art. 8º, a apresentação às comissões de higiene de medidas sanitárias para casos de epidemia de varíola, e a organização do calendário vacinal no território. À Junta também compete a inspeção do exercício da medicina pelos profissionais habilitados e reconhecidos perante as escolas de medicina do país, havendo punição e aplicação de multa aos que exercerem a profissão de forma ilegal. Por fim a obrigatoriedade de comunicação dos agravos e doenças para a agência central.

“Art. 47. A Junta Central, as Comissões e os Provedores de Saúde Pública devem investigar cuidadosamente as causas de insalubridade em qualquer local, monitorar o progresso das doenças, especialmente as contagiosas, e manter uma vigilância rigorosa sobre todos os aspectos relacionados à saúde pública.

Art. 48. Inspeccionarão com o maior escrúpulo as substância alimentares expostas à venda; visitarão todos os anos, uma vez pelo menos e em épocas incertas, as boticas quer de particulares, quer de corporações, as drogarias, armazéns de mantimentos, casas de pasto, botequins, mercados públicos, confeitarias, açougues, hospitais, colégios, cadeias, aquedutos, cemitérios, oficinas, laboratórios, ou fábricas, em que se manipulem remédios ou quaisquer substâncias que sirvam para a alimentação e possam prejudicar a saúde; e, em geral todos os lugares onde possa

provir danos à saúde pública, ou pelas substâncias que se fabricam ou pelos trabalhos que se operam, devendo preceder as convenientes participações às respectivas autoridades, quando se trata de estabelecimentos públicos.

Art. 49. Examinarão as localidades em que se encontram fábricas, cujos trabalhos são nocivos à saúde ou ainda de cheiro incômodo, e marcarão as distâncias em que deverão ficar dos povoados, podendo fechá-las até que se realize a remoção determinada. As decisões das Comissões e dos Provedores de Saúde Pública caberão recurso para a Junta Central, assim como desta para o Conselho de Estado.” Estabelecido nos artigos nº 47, 48 e 49 do Decreto nº 828 de 29 de setembro de 1851 (Brasil, 1851).

Essas são as orientações e determinações para a ação da polícia sanitária no território brasileiro como atribuição da junta de higiene pública que teve suas ações abrangidas para melhoria da promoção de ações sanitárias em ambientes comuns à circulação de pessoas, servindo como ações de prevenção de agravos para a saúde da população, buscando melhorias para a saúde pública. Este mesmo determina as ações a serem tomadas nas visitas sanitárias quando houver a detecção de problemas com os produtos encontrados, sejam eles falsos ou com alteração na fórmula e/ou apresentação, além dos que estiverem malconservados e não forem mais capazes de produzir o efeito desejado, devendo ser destruídos imediatamente e acarretando multa ao estabelecimento.

Em 1882, foi publicado o decreto nº 8.387 que regulamentava o serviço de saúde pública no território brasileiro, por meio da revogação do decreto nº 828/1851 e instituição e novo regulamento para a junta de higiene pública.

“Art. 1º A Junta Central de Higiene Pública, criada pelo Decreto nº 598 de 14 de setembro de 1850, terá sua sede no município da Corte e será responsável por todas as questões relacionadas à saúde pública. Ela exercerá sua autoridade diretamente no município e através das comissões sanitárias que serão designadas a seguir. Além disso, contará com auxiliares nas províncias conforme descrito no próximo artigo. Define o artigo 1º do decreto nº 8.387 de 19 de janeiro de 1882 (Brasil, 1882).

O decreto definiu as responsabilidades das juntas de higiene pública e suas comissões, de modo que todas as atividades previstas e realizadas em prol da saúde pública sejam realizadas de forma coerente em todo o território nacional, reafirmando as responsabilidades atribuídas pelo revogado decreto 828/1851, acrescentando outros estabelecimentos cujas as inspeções deveriam ser realizadas pelas juntas de higiene pública e modificando a imposição das multas para o descumprimento das normas ou a presença de anormalidade dos padrões recomendados ao estabelecimento e ao exercício ilegal da medicina. Além disso o decreto regulamentou sobre a composição de membros das juntas e comissões, entre esses membros têm-se o veterinário aparecendo como possível membro adjunto que poderá ser convidado para auxiliar os trabalhos atribuídos na sua formação profissional.

Essa foi a primeira vez no Brasil, desde a instituição das políticas de higiene pública, que o veterinário entra como profissão integrada as ações em saúde pública, ainda que de forma interina na participação das ações sanitaristas relacionadas ao cuidado animal, mas que contribui de forma importante na participação da profissão no sistema de saúde como parte atuante e contribuinte no conceito de saúde pública e na promoção de sanidade pública para a população e o território.

Em 1889 foi publicado o texto do decreto nº 68 com o objetivo de regulamentar as ações da polícia sanitária quanto adoção de medidas que atenuassem ou impedissem o desenvolvimento de epidemias. Por meio deste decreto foi definido que o inspetor geral de higiene tem liberdade de executar ação imediata em todos os assuntos de saúde pública, com a possibilidade de intervenção direta ou indireta na fiscalização dos serviços sanitários. Considerando a época em que foi implementado o decreto foi também definida como responsabilidade do inspetor como medidas preventivas do desenvolvimento das epidemias, entre essas a instituição de notificação compulsória de doenças transmissíveis, a desinfecção dos locais e objetos que entrassem em contato com esses doentes e o isolamento nosocomial dos acometidos a fim de impedir a propagação das doenças que na época foram consideradas como de notificação compulsória.

Desde a instituição da junta de higiene pública e definição de suas incumbências há a instauração de multas e penalidades para as infrações cometidas pelos estabelecimentos como forma de regular os estabelecimentos. Modificando as formas como as inspeções eram conduzidas e adicionando ao longo dos anos mais classes de estabelecimentos que teriam impacto sobre a saúde pública, além de gerar renda para as inspeções com o pagamento de

multas que os estabelecimentos infratores pagariam, a forma como a punição era aplicada e as implicações desta infração para os proprietários ocorria de forma diferente de acordo com a atividade que realizava e essas punições variavam entre o pagamento de multa com valor já estipulado à interdição temporária do estabelecimento, interdição essa que ocorria principalmente em casos de reincidências.

Em 1890, o decreto nº 169 veio para constituir o Conselho de Saúde Pública e reorganizar o serviço sanitário em terra no território brasileiro. O decreto regulamentou sobre a criação do conselho de saúde pública e a definição de que o serviço sanitário ficasse sob regência da inspetoria geral de higiene. A inspetoria, nos meios do decreto, ficou responsável pelo levantamento da qualidade de higiene pública e saneamento no Brasil, além da adoção de medidas para a prevenção, controle e combate de endemias e epidemias e zoonoses, a inspeção sanitária nos estabelecimentos de interesse à saúde pública, a fiscalização desses estabelecimentos e daqueles que exerciam atividades médicas e farmacêuticas, além do levantamento de estatísticas demógrafo-sanitárias no território. Este decreto deixa claro que o veterinário é empregado obrigatório da inspetoria geral de higiene que realizará ações sobre a saúde animal, com o objetivo de identificar doenças transmissíveis a outros animais e humanos e definir os passos para tratamento desses animais e localidades, em casos resolvíveis, além de providenciar a melhoria sanitária dos locais onde os animais estejam alocados e enviar relatório de todas essas ações para o inspetor geral.

Em 1897, o Vice-presidente da República decretou a instituição da Diretoria Geral de Saúde Pública, dependente do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, e resolveu que todos os serviços de Higiene que se encontravam à cargo da União passariam a ser dirigidos e executados por essa nova repartição. A Diretoria Geral de Saúde Pública tem como competência o estudo das variáveis que compõem o aparecimento de doenças transmissíveis, a proposição de planos de socorro sanitário aos estados em casos de calamidade pública, a preparação de soros, culturas atenuadas e outros imunógenos que poderiam ser fornecidos as autoridades para uso, a fiscalização do exercício da medicina e farmácia, organização das estatísticas demógrafo-sanitárias, a direção do serviço sanitário dos portos, e a confecção do Código Farmacêutico Brasileiro (Brasil, 1897, art. 1º e 2º do Decreto nº 2.449).

O cenário no território brasileiro no início do século XX era bastante caótico, em 1899 foi identificada uma epidemia de peste bubônica em Santos, litoral de São Paulo, oriunda das embarcações vindas da Europa, onde era sabido do surto que acometia a cidade de Porto em

Portugal. Como não era mais possível impedir a disseminação da doença que chegou até o Rio de Janeiro e se espalhou para outras cidades em diferentes estados do Brasil, a forma que foi encontrada para o combate à doença foi a criação de institutos soroterápicos que criassem o soro para administração nos doentes, diante da falta de estoque na Europa, assim as autoridades sanitárias encarregaram os pesquisadores que trabalharam na investigação da epidemia para a fundação dos institutos, sob a direção de Oswaldo Golçalves Cruz no Rio de Janeiro e Vital Brazil em São Paulo, foram então fundados o Instituto soroterápico Federal, atualmente Instituto Oswaldo Cruz, e o Laboratório do Instituto Bacteriológico, atualmente Instituto Butantan. (Marasciulo, 2020)

Em janeiro de 1904, o Decreto 1.151 entrou em vigor com o objetivo de reorganizar a Diretoria Geral de Saúde Pública, deixando sob suas competências todas as ações relacionadas à higiene domiciliar, polícia sanitária nos domicílios, lugares e logradouros públicos, além da profilaxia geral e específicas das doenças infecciosas. Este decreto ainda resolve sobre a distribuição das vacinas e soros produzidos pelo Instituto Soroterápico Federal para todos os estados e municípios do país. Também faz parte dos artigos do decreto a promulgação do código sanitário desde que sejam abarcadas as bases constituintes sobre o que deve ser regulado e como essa regulação deve ser realizada (Brasil, 1904, Art.1º).

Em março do mesmo ano foi publicado novo decreto a respeito dos serviços sanitários na República. O Decreto nº 5.156 foi publicado em março de 1904 e tinha como objetivo principal regulamentar os serviços sanitários que estavam à cargo da união.

“Art. 1º Os serviços sanitários a cargo da União compreendem:

§ 1º Em toda a República:

- a) o estudo da natureza, etiologia, tratamento e profilaxia das doenças transmissíveis que aparecerem ou se desenvolverem em qualquer localidade da República, onde não haja recursos materiais ou serviço organizado para pesquisas de caráter técnico ou científico, que se tornarem necessárias, ou, quando, ainda que existam estes elementos, julgar o Governo conveniente realizar tais estudos;
- b) a prestação de socorros médicos e de higiene às populações dos Estados à requisição dos respectivos Governos, verificado o caso de calamidade pública;
- c) o serviço sanitário dos portos marítimos e fluviais;

- d) a fiscalização do preparo de todas as vacinas, soros, culturas atenuadas e produtos congêneres, preparados pelos institutos ou laboratórios oficiais ou particulares;
- e) a fiscalização do exercício da medicina e da farmácia em todos os seus ramos, no que for inerente a capacidade legal e competência profissional;
- f) a organização das estatísticas demógrafo-sanitárias, nas quais se incluirão todas as noções que puderem ser reunidas em relação às causas de doença e de morte, estudadas em concreto, tanto no Distrito Federal, como nos Estados;
- g) a confecção do Código Sanitário e do Código Farmacêutico Brasileiro, e a fiscalização de sua fiel execução.”

Definidos pelo art. 1º do Decreto nº 5.156 de 8 de março de 1904 (Brasil, 1904).

Além das competências supracitadas, o decreto ainda estabelece que a Diretoria Geral de Saúde Pública é a responsável pela direção e execução das ações, respondendo ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. São definidos ainda a forma de nomeação de cada funcionário e suas respectivas competências. As ações de saúde realizadas nos portos e navios são explicitadas no corpo do decreto a partir do artigo 37 até o art. 82, compreendendo ações de inspeção de ambientes e pessoas e com descrição exata do que deve ser avaliado nas visitas e como deve ser realizada a ações em caso de doenças transmissíveis ou descumprimento de recomendações.

No que diz respeito às visitas domiciliares, de lugares e logradouros públicos a principal ação realizada com caráter de urgência será em vistas da extinção de focos ou viveiros de mosquitos e remoção de lixos acumulados no interior de habitações, terrenos, e logradouros públicos, além da limpeza e desinfecção dos reservatórios de água e outros cômodos que acumulem sujidades. Também são compreendidas no decreto todas as ações referentes a profilaxia, isolamentos, notificação, vigilância médica e desinfecção dos locais onde tenha sido detectados casos de doenças infecciosas, e o modo como se deve proceder em todos os casos de doenças infecciosas presentes na resolução (Brasil, 1904).

Em 1920, os serviços de saúde pública foram reorganizados pelo decreto nº 3.987 que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública, que continuou subordinando os serviços de saúde pública ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Os serviços do Departamento foram divididos em três diretorias, sendo elas: a Diretoria dos Serviços Sanitários Terrestres na

Capital Federal, que compreendia as ações da polícia sanitária, fiscalização sanitária dos serviços alimentícios, do exercício da medicina, odontologia e obstetrícia, das vacinas, soros e outros produtos biológicos, profilaxia contra doenças transmissíveis, serviço especial contra a tuberculose; Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial, compreendendo as ações da polícia sanitária marítima, serviço sanitário dos portos, inspeção dos imigrantes e outros passageiros, vacinação e revacinação dos passageiros e vigilância sanitária das cidades marítimas e fluviais nos portos; e a Diretoria do Saneamento e Profilaxia Rural, que compreendeu as ações do serviço de profilaxia destinados ao combate de endemias rurais, combate às epidemias no país, promoção dos preceitos de higiene rural e educação profilática das populações do interior, execução das medidas de profilaxia e higiene geral no país e promoção dos acordos com os governos que facilitassem a realização dos serviços de higiene e combate às endemias nas cidades e zonas rurais no país (Brasil, 1920, art. 1º ao 3º decreto 3.987).

No cenário internacional, acontecia, em 1902, a Segunda Conferência Internacional das Repúblicas Americanas que adotou uma resolução para a realização, no mesmo ano, de uma convenção sanitária internacional, estabelecendo o Bureau Sanitário Internacional, que posteriormente em 1923 foi renomeado como Bureau Sanitário Pan-Americano e atualmente é conhecido como Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A criação do Bureau teve como principal objetivo a transferência rápida e regular dos dados sanitários dos portos marítimos, das quarentenas marítimas e controle das doenças transmissíveis, principalmente febre amarela e peste bubônica que tinham grande impacto na saúde da população do século XX (Kiernan, 2002). A instituição do Bureau tinha como foco principal o fortalecimento das ações colaborativas e a melhoria sanitária dos países americanos, instituindo assim um movimento chamado panamericanismo.

As reuniões da Conferência ocorreram de forma regular, sendo definida no relatório da quarta conferência a mudança de foco para a erradicação das doenças transmissíveis em sua origem, porém com o acontecimento da Primeira Guerra Mundial os encontros e ações do Bureau Sanitário ficaram estagnados, sendo reativados em 1920 quando a sexta Conferência foi realizada pela preocupação com a epidemia de gripe. Nesta reunião foi pontuado a necessidade da concentração de esforços do Bureau para a melhoria permanente das relações sanitárias internacionais e não somente uma troca mútua de relatórios sanitários e demográficos (Kiernan, 2002).

A Sétima Conferência Sanitária, realizada em 1924, foi a mais importante para os rumos que o cuidado com a saúde pública ia tomar nos países americanos, isso porque foi nessa ocasião que foi redigido e adotado, pelos delegados, o Código Sanitário Pan-Americano que envolve todos os países em esforços comuns e cooperativos para a melhoria da saúde pública em todas as nações envolvidas, com ações que visavam evitar a propagação de infecções às quais os seres humanos são susceptíveis, impedir a introdução de doenças nos territórios americanos, padronizar os dados referentes a morbidade e mortalidade e fortalecer o comércio e comunicações internacionais ocorra sem impedimentos sanitários (Kiernan, 2002).

Em 1930, o Decreto nº 19.238 foi publicado pelo presidente da República com a ementa de promulgação da Convenção Sanitária, o Código Sanitário Panamericano, fazendo com que sua resolução fosse executada e cumprida no país como determinado na reunião em que foi assinado, o decreto traz a transcrição do Código Sanitário que tem como finalidade ações para a prevenção da propagação de doenças transmissíveis aos seres humanos entre as repúblicas americanas e outros continentes, promoção de medidas cooperativas que impeçam a introdução de doenças nos territórios, o intercâmbio mútuo de informações com vistas de melhorar a saúde pública e o combate das doenças, e a uniformização de medidas empregadas que impeçam a introdução e propagação dessas doenças e que confirmam melhor proteção contra elas (Brasil, 1930, art. 1º decreto 19.238).

Ainda em 1930, foi criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, que reunia as ações que deveriam ser realizadas no âmbito do ensino, da saúde pública e da assistência hospitalar. Sendo transferidos para essa nova Secretaria do Estado todos os estabelecimentos, instituições e repartições públicas em que se realizassem ações de estudos, serviços ou trabalhos nas áreas da educação, saúde pública e assistência hospitalar (Brasil, 1930, decreto 19.402).

Em 1948, um Acordo Sanitário Pan-Americano foi firmado por delegados do Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai, que objetivava reafirmar a colaboração entre os países na adoção mútua de medidas preventivas permanentes, visando a erradicação de problemas epidemiológicos relacionadas à malária, varíola, febre amarela, peste bubônica, tracoma (conjuntivite granulomatosa), doenças venéreas, hidatidose (equinococose), raiva e lepra (hanseníase) nas zonas de fronteiras entre os países. Outra resolução do acordo é a ação em conjunto dos países em casos de manifestação dessas ou outras doenças, com a formação de comissões mistas de técnicos sanitários e cessão de materiais para o controle da situação

sanitária. O principal ponto reforçado no acordo é a continuidade do intercâmbio de informações sanitárias entre os países e de funcionários para a tomada de decisões em conjunto que possam favorecer as ações sanitárias (Brasil, 1948, decreto nº30).

Em 1953, foi sancionada a Lei nº 1.920, que criou o Ministério da Saúde, separando em dois o Ministério da Educação e Saúde, que foi denominado de Ministério da Educação e Cultura. Foram transferidos para o Ministério da Saúde todos os órgãos que compunham o antigo Ministério da Educação e Saúde que atuassem nas ações relacionadas à saúde e à criança, sendo transferidos também para os quadros do Ministério todos os cargos, funções e seus ocupantes dos serviços transferidos (Brasil, 1953, Lei nº1.920).

As competências do Ministério da Saúde são: A formulação e coordenação da política nacional de saúde; Atividades médicas e paramédicas; Ação preventiva em geral; vigilância sanitárias de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; Controle de drogas, medicamentos e alimentos; e Pesquisas médico-sanitárias, que lhe foram atribuídas em 1967, pelo Decreto-Lei nº 200, que dispõe sobre a organização da administração federal (Brasil, 1967, decreto-lei nº 200).

Em 1975, a Lei nº 6.229 foi sancionada, criando o Sistema Nacional de Saúde e sua organização, atribuindo aos Ministérios suas competências em relação as ações em saúde. Essa lei traz como definição do Sistema Nacional de Saúde “o complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, abrangendo as atividades que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde” (Brasil, 1975, art. nº 1º da lei nº 6.229). Nessa lei também são explicitadas as atribuições dos Ministérios em relação as ações em saúde, principalmente no que diz respeito as ações do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), incumbindo ao MS a formulação da política nacional de saúde e promoção ou execução de ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo e ao MPAS a prioridade de ações voltadas ao atendimento médico-assistencial individualizado, além de atribuir ao Ministério da Educação e Cultura a formação e habilitação dos profissionais de nível universitário, assim como os técnicos e auxiliares necessários aos serviços do setor da saúde (Brasil, 1975, lei nº 6.229).

O Decreto nº 79.056 de 1976, detalhou a competência geral do Ministério da Saúde e as competências específicas de cada um dos seus órgãos e entidades componentes. Além de esclarecer que são caracterizadas como atividades e medidas de interesse coletivo, aquelas que se utilizam de técnicas operativas de Saúde Pública para a elevação dos níveis de saúde da

população, utilizando equipes multiprofissionais e com formação interdisciplinar, e participação da comunidade (Brasil, 1976, decreto nº 79.056).

Ainda em 1976 iniciou-se o movimento sanitário brasileiro, que tinha como objetivo a democratização da saúde e abrangência das ações em Saúde no Brasil. O início das ações dos profissionais que acreditavam na mudança de visão do contexto de saúde no Brasil se deu com a criação do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) pelo decreto nº 78.307, que tinha como finalidade a implantação de estruturas básicas de saúde no interior, expandindo o alcance da cobertura dos serviços médicos e a regionalização da atenção e assistência médica (Paiva; Teixeira, 2014, pág.22).

Nesse mesmo período foi instituído o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), criado por sanitaristas da Universidade de São Paulo (USP) com o objetivo de editar periódicos especializados no tema da saúde coletiva. Em 1979 foi criada a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) durante a 1ª Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Coletiva, na sede da OPAS em Brasília, como forma de organização dos programas de pós-graduação no campo da saúde pública, da medicina social e da saúde coletiva (Paiva e Teixeira, 2014, pág.22).

Ainda em 1979, foi realizado o 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde, na Câmara dos deputados, que teve como marco a apresentação do documento construído pela CESBE que ressaltava as mudanças necessárias ao sistema de saúde no Brasil, entre essas mudanças estão: a instituição do direito universal a saúde; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; o papel do Estado na administração das políticas; a descentralização, regionalização e hierarquização de forma que a organização político-administrativa do país esteja articulada com essas ações; participação popular; e a integração entre a saúde previdenciária e a saúde pública (CESBE, 1980, pág. 11-13).

As reivindicações do movimento sanitarista a partir de meados de 1970 foram imprescindíveis para a organização e construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A aprovação e construção do SUS no Brasil tem como marco histórico a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em suas assembleias e grupos foram aprovados o fortalecimento do setor público de saúde, a expansão da cobertura a todos os cidadãos e a unificação da saúde previdenciária e a saúde pública, formando um sistema único, que caracterizava as principais demandas do movimento sanitarista (Paiva; Teixeira, 2014, pág. 25).

Em 1990, o SUS foi instituído pela Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, que regula sobre todo o processo para a promoção, proteção e recuperação da saúde em território nacional, tendo como base para o entendimento de saúde os setores do campo da saúde coletiva. A lei 8.080/90 define a Vigilância Sanitária como “um grupo de práticas capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de interceder nos problemas sanitários que são resultantes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse a saúde, de modo a abranger o controle dos bens de consumo e da prestação de serviços que se relacionem com a saúde” (Brasil, 1990, lei 8.080).

A partir da Lei 8.080/1990, foi criada em 1999, pela Lei 9.782, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), vinculada ao MS, tem como competência a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária que é o responsável pelas ações de controle de bens de consumo e prestação de serviços que se relacionem com a saúde bem como a regulamentação de estabelecimentos sobre sua responsabilidade (Brasil, 1999).

### **2.1.2 Regulação dos estabelecimentos veterinários**

O exercício da medicina veterinária no Brasil é regulamentado desde 1932, pelo decreto 20.931, que define a obrigatoriedade do registro do diploma de graduação da profissão no Departamento Nacional de Saúde Pública e esclarece a necessidade de fiscalização sanitária dos profissionais que estiverem em exercício em todo o território nacional (Brasil, 1932, decreto nº 20.931).

Em 1968 foram criados os Conselhos Federais e Regionais de Medicina Veterinária, pela lei nº 5.517, que definiu a obrigatoriedade da carteira profissional expedida pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV) ou pelos Conselhos Regionais de Medicina Veterinária (CRMV) para o exercício das atividades profissionais. Também estão presentes na lei as competências privativas do veterinário no exercício profissional, como: a prática clínica; a direção de hospitais veterinários; a assistência técnica e sanitária aos animais; o planejamento e execução da defesa sanitária animal; a direção técnica sanitária de estabelecimentos onde estejam animais ou produtos de sua origem; a inspeção e fiscalização sanitária, higiênica e tecnológica de matadouros, frigoríficos, fábricas de conserva e produção de produtos de origem

animal; entre outros. Esta lei deixa definida a ação fiscalizadora dos CFMV e dos CRMV sobre o exercício da profissão de medicina veterinária.

“Art.8º O Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV) tem por finalidade, além da fiscalização do exercício profissional, orientar, supervisionar e disciplinar as atividades relativas à profissão de médico-veterinário em todo o território nacional, diretamente ou através dos Conselhos Regionais de Medicina Veterinária (CRMV).

Art.9º O Conselho Federal assim como os Conselhos Regionais de Medicina Veterinária servirão de órgão de consulta dos governos da União, dos Estados, dos Municípios e dos Territórios, em todos os assuntos relativos à profissão de médico-veterinário ou ligados, direta ou indiretamente, à produção ou à indústria animal.”

Descreve os artigos 8º e 9º da Lei nº 5.517 de 23 de outubro de 1968 (Brasil, 1968).

A resolução define o caráter regulatório do CFMV e CRMV, definindo sua autonomia administrativa e resolver acerca das necessidades e atribuições do profissional. A definição de autonomia do órgão lhe confere autoridade para a definição de legislações sobre as atividades veterinárias e os estabelecimentos que realizem essas atividades.

Em 1970, o decreto nº 69.134, artigo 1º, instituiu a “obrigação de registro no Conselho de Medicina Veterinária, conforme a região de funcionamento das firmas, associações, companhias, mista e outras que exerçam atividades peculiares à medicina veterinária, estas são: associação de criadores e cooperativas de produtores que se dediquem à pecuária; firmas de planejamento e de execução de assistência técnica à pecuária; hospitais, clínicas e serviços médico-veterinários; estabelecimentos que fabriquem produtos de uso veterinário; fábrica de rações para animais; matadouros, frigoríficos, curtumes, fábricas de conserva de carnes e de pescado, fábricas de banha e de gordura que empreguem produtos de origem animal, usinas e fábricas de laticínios, entrepostos de carnes, leite, ovo, peixe, mel, cera e demais derivados da indústria animal; empresas de exploração pecuária e firmas que comercializem animais, inclusive organizações de feira, exposição e arremate de gado; firmas que comercializem ou executem serviço de inseminação artificial; estabelecimento que comercializem produtos de uso veterinário; entidades de registro genealógico; entidades hípcas e jóqueis clubes;

estabelecimento que operem com crédito à pecuária e mantenham serviços próprio de assistência técnica ao nível do imóvel; jardins zoológicos; e instituições de ensino e pesquisa que mantenham animais, qualquer que seja a sua utilização” (Brasil, 1970, decreto 69.134).

As ações regulatórias do CFMV e CRMV podem ser acompanhadas nas resoluções publicadas pelo órgão que dispõem sobre as atividades, os estabelecimentos e os profissionais habilitados para realização de procedimentos específicos, além de conceituar os estabelecimentos e determinar condições para a realização das atividades profissionais. O órgão realiza também capacitações para os profissionais e regula as atividades realizadas nas universidades e organizações formadoras de veterinárias.

Em relação às resoluções publicadas pelo CFMV afim de regulamentar sobre as atividades realizadas pelos médicos veterinários, ou acerca dos estabelecimentos que tenham relação com as atividades veterinárias, podem separar algumas que tem papel fundamental nas ações fiscalizadoras realizadas.

A resolução nº 829, de 2006, resolve sobre o atendimento médico veterinário aos animais silvestres/selvagens, assegurando o direito desse animais à assistência médica veterinária sem discriminação sobre sua origem e a necessidade de cadastro das informações para identificação desse animal e do seu detentor, além do informe ao detentor sobre a legalização do animal e proibição de manutenção em cativeiro de animais presentes na lista Oficial Brasileira da Fauna Silvestre Ameaçada de Extinção ou em perigo de extinção. Também é atribuição do veterinário o envio de comunicado a Superintendência do Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento e ao órgão executor da Defesa Sanitária Animal do Estado sobre o atendimento de doenças de notificação obrigatória.

A resolução nº 878, publicada em 2008, regulamenta a fiscalização de pessoas jurídicas que realizam atividades que prestam de serviços de estética, banho e tosa, considerando que erros na manipulação de substâncias e no manejo dos pacientes podem acarretar em danos à integridade física dos mesmos e que os tratamentos para esses danos são de competência privativa do médico veterinário, e que em casos emergenciais as ações imediatas podem reduzir os riscos de morte, esta resolução define que “as pessoas jurídicas, cuja atividade básica não exija o registro no sistema CFMV/CRMVs, são obrigadas a fazer prova de que têm a seu serviço médico veterinário, registrando o contrato perante o CRMV da jurisdição de seu domicílio” (CFMV, 2008, resolução nº 878, art.1º).

A resolução nº 1069, publicada em outubro de 2014, delibera sobre as diretrizes gerais de Responsabilidade Técnica em estabelecimentos comerciais de exposição, manutenção, higiene estética e venda ou doação de animais, considerando que essa é uma prática comum no Brasil e que estes procedimentos podem afetar o bem-estar animal, esta resolução estabelece os princípios que devem ser adotados pelos promotores das ações realizadas no estabelecimentos para promover a segurança, a saúde e o bem-estar dos animais. Esses estabelecimentos devem manter um médico veterinário como responsável técnico, este que será incumbido das ações de supervisão das atividades, manutenção e regulação das instalações onde os animais estarão alocados e supervisionar a elaboração de manual de boas práticas dos serviços (CFMV, 2014, resolução nº 1069).

Em 2019, o CFMV publicou a resolução nº 1275, que conceitua os estabelecimentos veterinários de atendimento a animais de estimação de pequeno porte e define condições para o seu funcionamento. Esta resolução estabelece quais os equipamentos e instalações necessárias para os atendimentos realizados em cada tipo de estabelecimento definido. Sobre os estabelecimentos abarcados estão os ambulatórios veterinários, os consultórios veterinários, as clínicas veterinárias e os hospitais veterinários, estes estabelecimentos devem dispor de instalações e equipamentos próprios para os procedimentos realizados e médicos-veterinários para a realização de intervenções próprias da profissão, além de responsável técnico que também seja médico veterinário (CFMV, 2019, resolução nº 1275).

Em abril de 2020, o CFMV publicou a resolução nº 1318, que regulamenta as atividades de assistência veterinária que envolvam produtos para uso em animais, considerando o cuidado técnico sanitário em toda a cadeia de fabricação de produtos para uso em animais e a necessidade de conhecimentos técnicos, formação profissional e autorizações de órgãos específicos no armazenamento e prescrição desses produtos. É estabelecido a obrigatoriedade do estabelecimento de assistência veterinária de registro no Sistema CFMV/CRMVs e, responsabilidade técnica do médico veterinário que deve garantir que o armazenamento, a guarda e a manipulação dos produtos sejam realizados de forma eficaz e adequada, além de cumprir com as determinações da Vigilância Sanitária e do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento sobre o controle e escrituração dos produtos (CFMV, 2020, resolução nº 1318).

A resolução nº 1374 trata sobre os laboratórios clínicos de diagnóstico veterinários, postos de coleta, laboratórios de patologia veterinária e demais estabelecimentos que realizam

exames com a finalidade de propiciar suporte ao diagnóstico clínico, detalhando quais são as instalações e os equipamentos necessários para a realização dessas atividades. Esses estabelecimentos precisam ter instalações que são comuns a todos, como define o artigo nº 14 da resolução, além da necessidade de estrutura física específica na realização das atividades, como está explicitado no artigo nº 16 desta resolução. Essa resolução define ainda quais são os exames considerados de triagem que podem ser realizados em estabelecimentos médicos-veterinários (CFMV, 2020, resolução nº 1374).

A ANVISA também tem função de regulamentar e normatizar os estabelecimentos que realizam atividades veterinária, porém a nível nacional poucas resoluções da ANVISA incluem as atividades veterinárias na sua abrangência e não há nenhuma resolução própria que especifique as instalações necessárias para o desenvolvimento das atividades.

Uma das resoluções que tem abarca os estabelecimentos veterinários é a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 222, que regulamenta os requisitos de Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde, onde são entendidos como geradores de resíduos de serviços de saúde “todos os serviços cujas atividades estejam relacionadas com a atenção à saúde humana ou animal” (RDC nº222, art. 1º, §1º).

Outra resolução em que são contempladas as atividades veterinárias é a RDC nº 611, que tem como objetivo de instituir as condições sanitárias necessárias ao funcionamento e organização dos serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista e regulamentar o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas. Essa resolução abrange os serviços de radiologia veterinária, referente à proteção dos trabalhadores e indivíduos do público, sem que seja mencionado as ações de proteção aos animais atendidos (ANVISA, 2022, RDC nº 611).

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES/MG, publicou a Resolução SES/MG nº 7921, que aprova o regulamento técnico que determina as condições higiênico-sanitárias e as boas práticas de funcionamento dos estabelecimentos que realizam atividades veterinárias que fazem a utilização de produtos humano sujeitos ao controle sanitário e/ou realizam serviços de radiologia diagnóstica veterinária. As atividades abrangidas por esse decreto são aquelas classificadas como risco sanitário de nível III. Este decreto descreve as condições para o funcionamento dos estabelecimentos citados, contemplando as instalações, equipamentos e documentação necessária para a realização das atividades (Resolução SES-MG nº 7921, 2021).

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS-POA) publicou a Portaria 25436436/2023 para regulamentar os serviços veterinários realizados em consultórios, ambulatorios, clínicas, hospitais veterinários, laboratórios, serviços móveis de remoção ou transporte e atendimentos domiciliares, o regulamento especifica as condições higiênico-sanitárias dos estabelecimentos citados anteriormente objetivando a segurança dos pacientes, profissionais envolvidos, usuários e meio ambiente, assim como a prevenção de zoonoses. O regulamento descreve todas as ações que devem ser executadas pelos estabelecimentos veterinários presentes no município e todos os documentos necessários ao estabelecimento para a realização das atividades (SMS-POA, portaria 25436436, 2023).

### **3. Material e Métodos**

O trabalho foi realizado com a metodologia de análise documental, onde inicialmente deve ser realizada a seleção de fontes e documentos, e posteriormente a análise do conteúdo dos documentos selecionados e filtragem das informações. Desta forma foram selecionados um conjunto de documentos, esses sendo leis, decretos, resoluções e estudos científicos, primeiramente sobre o início das ações de fiscalização sanitária no Brasil e posteriormente as ações de regulação dos estabelecimentos veterinários, para a determinação da carência de legislações específicas para esses estabelecimentos.

Inicialmente foi realizada uma pesquisa no Portal da Câmara dos Deputados (<https://www.camara.leg.br/legislacao>), em busca de decretos, leis e resoluções sobre as ações sanitárias no Brasil, visando a identificação do início da preocupação das autoridades sobre a necessidade de regulação sanitária de atividades e serviços, e a criação de órgãos que atuassem como reguladores sanitários. Desde antes da instituição do Ministério da Saúde, até as Implementação do SUS e suas atribuições.

Posteriormente foi realizada pesquisa no portal do CFMV, em busca de normas e documentos que regulamentam as ações do médico veterinário e sobre os estabelecimentos que oferecessem esses serviços. Também foram realizadas buscas no portal de legislação da ANVISA (<https://antigo.anvisa.gov.br/legislacao/#/>) à procura de resoluções relativas a serviços de saúde que incluíssem ou excluíssem os estabelecimentos veterinários. Essas buscas também

foram direcionadas a resoluções do sistema de vigilância sanitária municipal ou estadual, assim fossem localizadas.

Após a realização dessas pesquisas esses documentos foram lidos e destacados qual a principal preocupação do órgão competente no momento de sua divulgação. Qual seria a finalidade do documento na regulação das atividades dos estabelecimentos.

#### **4. Resultados e Discussão**

A Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) é uma ferramenta utilizada pela administração tributária do Brasil mediante a padronização nacional dos códigos de atividade econômica e dos critérios de enquadramento. Às Atividades Veterinárias são atribuídas o CNAE 7500-1/00, que compreende os estabelecimentos veterinários (consultórios, clínicas, hospitais, laboratórios, ambulatorios, unidade móvel de atendimentos, ambulância) e os serviços veterinários (assistência, consultoria, internação, imunização, vacinação, transporte de animais). Ainda existem outros CNAE que abrangem atividades realizadas por veterinários ou que necessitem de veterinário como responsável técnico, como o CNAE 2122-0/00 (fabricação de soros e vacinas para medicina veterinária), CNAE 4789-0/04 (lojas de pet-shop), CNAE 9609-2/08 (pet-shop – banho, corte, embelezamento e serviços para animais domésticos), CNAE 8640-2/05 (serviços de radiodiagnóstico).

A classificação de risco das atividades veterinárias (CNAE 7500-1/00) são pendentes de informação segundo a Instrução Normativa – IN –16 da ANVISA, que determina a elevação do risco para o nível III a realização os estabelecimentos que realizam procedimentos invasivos, utilizam medicamentos controlados e/ou equipamentos de diagnóstico por imagem.

Em dezembro de 2018, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), publicou a recomendação nº 061, para que os estabelecimentos médico-veterinários sejam enquadrados com estabelecimentos de saúde junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e assim obrigados ao licenciamento sanitário independente do risco sanitário.

A ANVISA tem papel regulador importantíssimo sobre os estabelecimentos, mesmo que não sejam enquadrados como serviço de saúde, mas está presente nas atribuições do órgão a fiscalização desses estabelecimentos. Ainda assim não há na biblioteca temática nem no

acervo da ANVISA resoluções que regulamentem o funcionamento dos estabelecimentos veterinários.

A fiscalização dos medicamentos de uso exclusivo veterinário e dos estabelecimentos fabricantes é competência do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), instituída pelo Decreto 5.053, e podem ser realizadas pelas secretarias de agricultura estaduais e do Distrito Federal.

Além da ANVISA, o CFMV também atua como órgão regulador e fiscalizador dos estabelecimentos veterinários, desde a estrutura física até os procedimentos realizados. O CFMV já possui normas que determinam as exigências mínimas para o funcionamento desses estabelecimentos, e norma separada que dispõe sobre o funcionamento de laboratórios veterinários. A proposição de uma norma ou legislação sobre os requisitos para o funcionamento desses estabelecimentos podem ser realizadas por acordos dos órgãos, unificando assim as suas competências.

Em 2009 a ANVISA publicou uma Referência Técnica para o funcionamento dos serviços veterinários, que deveria servir como base para a fiscalização sanitária desses serviços em municípios e estados em que não há a legislação voltadas diretamente para esses estabelecimentos. A atuação da Vigilância, de acordo com esse documento, é voltada para a prevenção de riscos e agravos à saúde humana, higiene das dependências, exposição a radiações ionizantes e fiscalização do gerenciamento de resíduos e medicamentos humanos com registro no Ministério da Saúde.

A ANVISA publicou a RDC nº 50, em 2002, que dispõe sobre o projeto físico dos serviços de assistência à saúde e prevê o cumprimento dessas disposições, porém os estabelecimentos veterinários não estão inclusos na lista dos serviços abrangidos por essa resolução. Em 2019, a ANVISA publicou a RDC nº 330, que regulamenta os serviços de radiologia, incluindo os serviços veterinários na sua abrangência, assim como a RDC nº 222, sobre o gerenciamento de resíduos, que também incluem a assistência animal.

Mesmo que a ANVISA no âmbito nacional ainda não tenha publicado normas sobre o funcionamento e instalações dos estabelecimentos veterinários, algumas secretarias municipais e estaduais já estão trabalhando nisso. Como exemplo existe a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS-POA), que publicou portaria regulamentando os serviços veterinários no contexto da vigilância sanitária. Também tem a resolução da Secretaria de Estado de Saúde de

Minas Gerais (SES-MG), que estabelece as condições sanitárias e boas práticas de funcionamento para os estabelecimentos veterinários de risco III.

Aplicando a importância da regulamentação das atividades veterinárias na cidade de Recife é possível encontrar a relevância econômica, ainda que de forma limitada, que os estabelecimentos veterinários têm para a cidade e para o estado de Pernambuco. Considerando que desde 1998 entrou em vigência o Código Sanitário de Pernambuco que regulamenta as ações da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES-PE) a aprovação dos projetos de construção, reconstrução, reforma ou ampliação dos prédios destinados a assistência veterinária, assim como a fiscalização dos estabelecimentos veterinários pela SES-PE.

O CFMV realizou um censo para analisar o número de profissionais atuantes e o número de estabelecimentos veterinários no país. Os números foram apurados entre os anos de 2017 até 2020, o Sistema CFMV/CRMVs analisou os números e percebeu aumento significativo no número de profissionais registrados em atividade, além de serem analisados também o número de estabelecimentos entre clínicas, hospitais, consultórios, ambulatórios e pet shop.

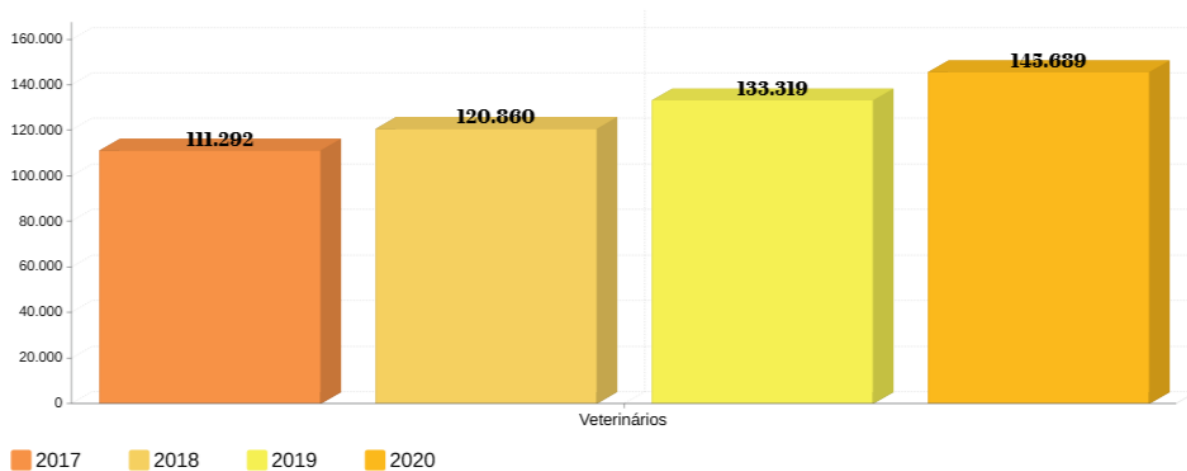
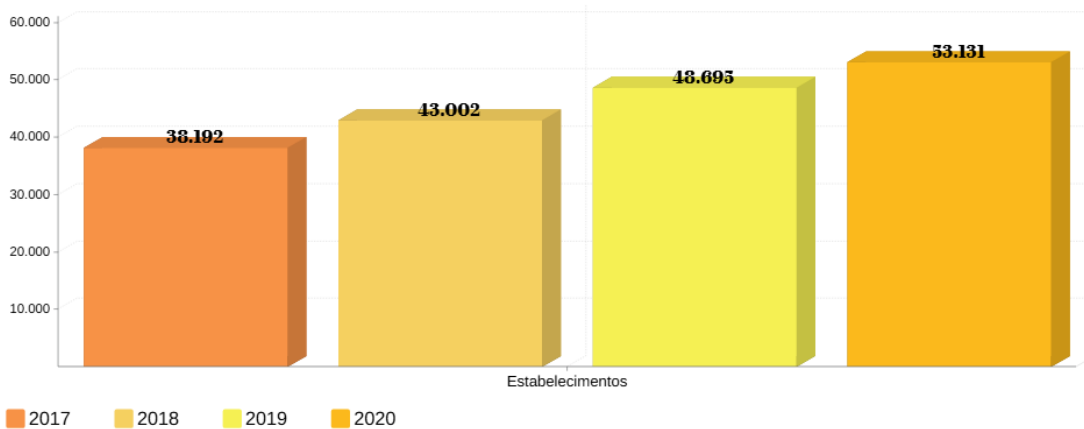


Tabela 1: número de veterinários ativos e cadastrados no CFMV; Fonte: transparência CFMV.

A pesquisa mostra que o número de médicos veterinários registrados em atividade passou de 111.292 em 2017 para 145.689 em 2020, caracterizando um crescimento de 34,3 mil em três anos. Esse aumento na população dos profissionais atuantes é o resultado dos 536 cursos de graduação em medicina veterinária em atividade no Brasil.

Esses números foram atualizados em 2022, pela pesquisa e construção do documento nomeado “Demografia da medicina Veterinária do Brasil 2022”, publicada pelo CRMV do Paraná - PR, que traz um panorama da atuação profissional no Brasil e tem como um dos

objetivos a utilidade do material para o planejamento de ações que tragam maior valorização profissional para os médicos-veterinários.



Fonte: número de estabelecimentos cadastrados no CFMV; Fonte: transparência CFMV.

Os estabelecimentos também registraram aumento significativo de 39,3% nos três anos em que os dados foram coletados.

Em pesquisa no Portal da Transparência do Estado de Pernambuco foi observado que na arrecadação de Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) por setor da economia, entre os anos de 2010 até junho de 2024, houve um crescimento na influência das atividades veterinárias na receita do estado, observado mais evidentemente a partir do segundo semestre de 2020.

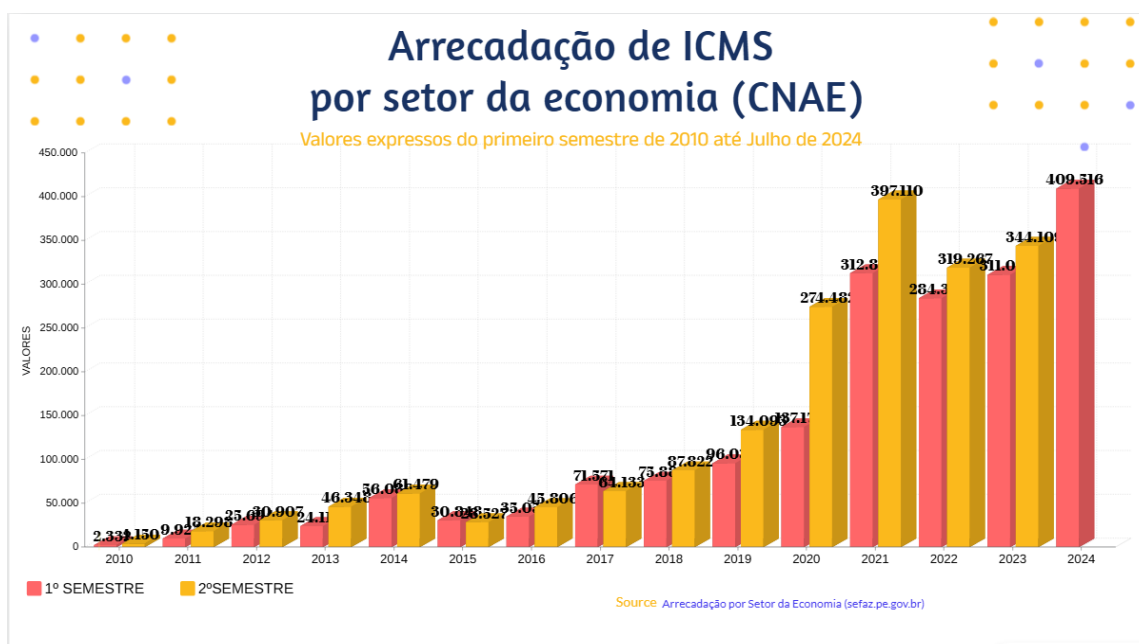


Tabela 3: Arrecadação de ICMS por setor da economia; Dados retirados do site da transparência da Secretaria da Fazenda de Pernambuco – SEFAZ-PE.

Esses dados revelam o aumento positivo que os estabelecimentos veterinários possuem na receita do estado, refletidos nos números que esses estabelecimentos conseguem arrecadar semestralmente.

Na cidade de Recife, existem 106 estabelecimentos cadastrados com o CNAE 7500-1/00 no sistema do licenciamento sanitário, segundo consulta realizada pela Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS) de Recife em 28 de agosto de 2024. Número esse que pode não representar a realidade do município, considerando que podem existir estabelecimentos veterinários que ainda não solicitaram a licença sanitária, mas serve como base para o entendimento da relevância que os estabelecimentos veterinários têm no município.

Deve ser considerado que as resoluções do sistema CFMV/CRMV tem como finalidade principal a fiscalização da atividade profissional e o papel da vigilância sanitária nesses estabelecimentos está ligado ao gerenciamento de riscos e agravos à saúde pública, tendo como base para a fiscalização as condições higiênico-sanitárias do estabelecimento.

## **5. Considerações finais**

A pesquisa foi realizada com o intuito de evidenciar a implantação e as ações da Vigilância Sanitária no Brasil, esclarecendo sua importância nas ações de vigilância em saúde pública e principalmente na elaboração de normas que regulamentem os estabelecimentos veterinários, considerando a importância desses estabelecimentos para ações de controle e prevenção de agravos à saúde pública.

A Vigilância Sanitária tem sua ação pautada nas legislações vigentes para as atividades econômicas que estão sob sua responsabilidade. A inclusão de atos normativos para a regulação das atividades é parte fundamental nas ações de educação sanitária, assim como para a implementação das adequações dos estabelecimentos a essas normas. A atualização e implementação de legislações que regulem os estabelecimentos que trazem riscos à saúde pública é o principal foco de suas ações.

É sabido que o sistema CFMV/CRMV possuem normas que regem o funcionamento dos estabelecimentos veterinários e já que essas atividades são de responsabilidade conjunta com a ANVISA, a possibilidade de utilização dos decretos do CFMV como base para a construção de uma legislação sanitária direcionada a esses estabelecimentos não deve ser desconsiderada. Assim como foi feito na resolução SES-MG nº 7921/21 e na Portaria nº 25436436 da SMS-POA.

A necessidade de arcabouço normativo para as atividades veterinárias se reflete no fato que o número de profissionais em atividade aumenta a cada ano, assim como o número de estabelecimentos, e surge a necessidade de diminuir os riscos que os serviços de assistência veterinária podem promover a saúde pública, preocupando-se em diminuir a possibilidade de agravos gerados pela produção de contaminantes e pelo cuidado que se deve ter ao tratar de zoonoses em animais de estimação.

Também é necessário refletir sobre a ação do veterinário como profissional de saúde pública, sendo necessário que esses profissionais tenham arcabouço legal na realização de suas atividades para demonstrar a importância do seu trabalho na sociedade, de forma a serem valorizados e regidos por diretrizes que lhes confirmem segurança na realização de suas atribuições.

## BIBLIOGRAFIA

BRASIL. **Decreto nº 5.693, de 13 de agosto de 1929**. Decreto nº 5.693, de 13 de Agosto de 1929. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1929-08-13;5693>. Acesso em: 09 set. 2024.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-59702014000100002>. Acesso em: 17 set. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Legislação - Anvisa**. Disponível em: [https://antigo.anvisa.gov.br/legislacao#](https://antigo.anvisa.gov.br/legislacao#/)/. Acesso em: 15 ago. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Referência técnica para o funcionamento dos serviços veterinários**. 4 mar. 2010. Disponível em: <https://www.crmvac.org.br/wp-content/uploads/2020/07/REFERÊNCIA-TÉCNICA.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2024.

ALVES, Laís Hilário et al. Análise documental e sua contribuição no desenvolvimento da pesquisa científica. **Cadernos da FUCAMP**, v. 20, n. 43, 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. **Instrução Normativa - IN nº 16, de 26 de abril de 2017a**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2017/int0016\\_26\\_04\\_2017.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2017/int0016_26_04_2017.pdf). Acesso em: 15 ago. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 153, de 26 de abril de 2017b**. Disponível em: [https://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2922152/\(1\)RDC\\_153\\_2017\\_COMP.pdf/6deb5f6e-0a23-4e06-b876-fd90e513de0c](https://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2922152/(1)RDC_153_2017_COMP.pdf/6deb5f6e-0a23-4e06-b876-fd90e513de0c). Acesso em: 7 ago. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 418, de 1 de setembro de 2020**. Disponível em: [https://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2922152/\(1\)RDC\\_153\\_2017\\_COMP.pdf/6deb5f6e-0a23-4e06-b876-fd90e513de0c](https://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2922152/(1)RDC_153_2017_COMP.pdf/6deb5f6e-0a23-4e06-b876-fd90e513de0c).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde - CNS. **Recomendação nº 061, de 13 de dezembro de 2018**. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1179662/reco061.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2024.

BRASIL. Decreto do Poder Legislativo nº 598, de 14 de setembro de 1850. Decreto do Poder Legislativo nº 598 de 14/09/1850. **Coleção de Leis do Império do Brasil**, 31 dez. 1850. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/597608>. Acesso em: 13 set. 2024.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 30, de 6 de outubro de 1948. Decreto Legislativo nº 30 de 06/10/1948. **Diário do Congresso Nacional - Seção 1**, 7 out. 1948. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/577755>. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 1.151, de 5 de janeiro de 1904**. Decreto nº 1.151, de 5 de janeiro de 1904. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1904-01-05;1151>. Acesso em: 13 set. 2024.

BRASIL. Decreto nº 169, de 18 de janeiro de 1890. Decreto nº 169 de 18/01/1890. **Coleção de Leis do Brasil**, 31 dez. 1890. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/386210>. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 19.238, de 10 de junho de 1930a**. Decreto nº 19.238, de 10 de Junho de 1930. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1930-06-10;19238>. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. Decreto nº 19402, de 14 de novembro de 1930. Decreto nº 19.402 de 14/11/1930. **Coleção de Leis do Brasil**, 31 dez. 1930b. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/436941>. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 23.133, de 9 de setembro de 1933**. Decreto nº 23.133, de 9 de Setembro de 1933. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1933-09-09;23133>. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. Decreto nº 2449, de 1 de fevereiro de 1897. Decreto nº 2.449 de 01/02/1897. **Coleção de Leis do Brasil**, 31 dez. 1897. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/396834>. Acesso em: 14 set. 2024.

BRASIL. Decreto nº 268, de 29 de janeiro de 1843. Decreto nº 268 de 29/01/1843. **Coleção de Leis do Império do Brasil**, 31 dez. 1843. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/386772>. Acesso em: 13 set. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999**. Decreto nº 3.029, de 16 de Abril de 1999. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1999-04-16;3029>. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920**. Decreto nº 3.987, de 2 de Janeiro de 1920. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1920-01-02;3987>. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. Decreto nº 464, de 17 de agosto de 1846. Decreto nº 464 de 17/08/1846. **Coleção de Leis do Império do Brasil**, 31 dez. 1846. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/387772>. Acesso em: 13 set. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 5.156, de 8 de março de 1904b**. Decreto nº 5.156, de 8 de Março de 1904. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1904-03-08;5156>. Acesso em: 14 set. 2024.

BRASIL. Decreto nº 5053, de 22 de abril de 2004. Decreto nº 5.053 de 22/04/2004. **Diário Oficial da União**, 23 abr. 2004. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/407246>. Acesso em: 27 set. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 64.704, de 17 de junho de 1969b**. Decreto nº 64.704, de 17 de Junho de 1969. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1969-06-17:64704>. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 69.134, de 27 de agosto de 1971**. Decreto nº 69.134, de 27 de Agosto de 1971. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1971-08-27:69134>. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 78.307, de 24 de agosto de 1976a**. Decreto nº 78.307, de 24 de Agosto de 1976. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1976-08-24:78307>. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 79.056, de 30 de dezembro de 1976b**. Decreto nº 79.056, de 30 de Dezembro de 1976. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1976-12-30:79056>. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. Decreto nº 828, de 29 de setembro de 1851. Decreto nº 828 de 29/09/1851. **Coleção de Leis do Império do Brasil**, 31 dez. 1851. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/389622>. Acesso em: 13 set. 2024.

BRASIL. Decreto nº 8387, de 19 de janeiro de 1882. Decreto nº 8.387 de 19/01/1882. **Coleção de Leis do Império do Brasil**, 31 dez. 1882. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/593768>. Acesso em: 13 set. 2024.

BRASIL. Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Decreto-Lei nº 200 de 25/02/1967. **Diário Oficial da União - Suplemento**, 27 fev. 1967a. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/523041>. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 212, de 27 de fevereiro de 1967b**. Decreto-Lei nº 212, de 27 de Fevereiro de 1967. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto.lei:1967-02-27:212>. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 467, de 13 de fevereiro de 1969a**. Decreto-Lei nº 467, de 13 de Fevereiro de 1969. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto.lei:1969-02-13:467>. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. **Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953**. Lei nº 1.920, de 25 de Julho de 1953. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1953-07-25:1920>. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. **Lei nº 243, de 30 de novembro de 1841**. Lei nº 243 de 30/11/1841. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1841-11-30:243>. Acesso em: 12 set. 2024.

BRASIL. **Lei nº 5.517, de 23 de outubro de 1968.** Lei nº 5.517, de 23 de Outubro de 1968. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1968-10-23:5517>. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. **Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975.** Lei nº 6.229, de 17 de Julho de 1975. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1975-07-17:6229>. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1990-09-19:8080>. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.022, de 7 de agosto de 2017.** Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2022\\_15\\_08\\_2017\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2022_15_08_2017_rep.html). Acesso em: 16 ago. 2024.

CEBES. **Revista Saúde em Debate.** 1980. Disponível em: <https://docvirt.com/docreader.net/SaudeDebate/3123>. Acesso em: 10 set. 2024.

CECHINEL, Andre et al. Estudo/análise documental: uma revisão teórica e metodológica. **Criar Educação**, v. 5, n. 1, 2016.

CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA (BRAZIL. **Guia de vigilância epidemiológica.** Brasília, Df: Ministério Da Saúde, Fundação Nacional De Saúde, Centro Nacional De Epidemiologia, 1998.

CFMV. **Censo – CFMV.** Disponível em: <https://www.cfmv.gov.br/censo/transparencia/2017-2020/2020/12/11/>. Acesso em: 1 out. 2024.

CIEVS Recife. Disponível em: <https://cievsrecife.wordpress.com/>. Acesso em: 12 set. 2024.

CIEVS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cievs>. Acesso em: 25 set. 2024.

COMISSÃO NACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO - CONCLA. **IBGE | Concla | Busca online.** Disponível em: [https://cnae.ibge.gov.br/?option=com\\_cnae&view=atividades&Itemid=6160&tipo=cnae&chave=8640-2/05&versao\\_classe=7.0.0&versao\\_subclasse=10.1.0](https://cnae.ibge.gov.br/?option=com_cnae&view=atividades&Itemid=6160&tipo=cnae&chave=8640-2/05&versao_classe=7.0.0&versao_subclasse=10.1.0). Acesso em: 28 set. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA - CFMV. **Resolução Nº 1069.** 27 out. 2014. Disponível em: <https://manual.cfmv.gov.br/arquivos/resolucao/1069.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA - CFMV. **Resolução Nº 1275.** 25 jun. 2019. Disponível em: <https://manual.cfmv.gov.br/arquivos/resolucao/1275.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA - CFMV. **Resolução Nº 1318**. 6 abr. 2020a. Disponível em: <https://manual.cfmv.gov.br/arquivos/resolucao/1318.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA - CFMV. **Resolução Nº 1374**. 2 dez. 2020. Disponível em: <https://manual.cfmv.gov.br/arquivos/resolucao/1374.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA - CFMV. **Resolução Nº 829**. 25 abr. 2006. Disponível em: <https://manual.cfmv.gov.br/arquivos/resolucao/829.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA - CFMV. **Resolução Nº 878**. 15 fev. 2008. Disponível em: <https://manual.cfmv.gov.br/arquivos/resolucao/878.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA (CFMV). **Resolução Nº 1374**. Disponível em: <<https://siscad.cfmv.gov.br/paginas/legislacao>>. Acesso em: 15 ago. 2024.

COSTA, A. M. **Cartilha de Vigilância Sanitária: cidadania e controle social**. Disponível em: <COSTA, Ana Maria. Cartilha de vigilância sanitária: cidadania e controle social. In: Cartilha de vigilância sanitária: cidadania e controle social. 2002. p. 58-58.>. Acesso em: 22 ago. 2024.

DE SOUZA BREVES RODRIGUES, DRA. A. M. **GUIA SANITÁRIO PARA ESTABELECIMENTOS MÉDICOS VETERINÁRIOS**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <[https://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/animais/guia\\_sanitario\\_para\\_estabelecimentos\\_medicos\\_veterinarios.pdf](https://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/animais/guia_sanitario_para_estabelecimentos_medicos_veterinarios.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2024.

DIRETORIA COLEGIADA DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Instrução Normativa - IN No 16. Disponível em: <[https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/anvisa/2017/int0016\\_26\\_04\\_2017.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/anvisa/2017/int0016_26_04_2017.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2024.

FINKELMAN, J. Caminhos da saúde pública no Brasil. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf#page=23>>. Acesso em: 1 out. 2024.

INÍCIO - CFMV. Disponível em: <https://www.cfmv.gov.br/>. Acesso em: 6 set. 2024.

KIERNAN, James. **Perspectives in Health - September 11: Everything Changed**. 2002. Disponível em: [https://www3.paho.org/english/dd/pin/Number12\\_article3\\_5.htm](https://www3.paho.org/english/dd/pin/Number12_article3_5.htm). Acesso em: 9 set. 2024.

LIMA, Nísia Trindade et al. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões.

MARASCIULO, Marília. **Como a peste bubônica fez surgir as duas instituições de pesquisa mais importantes do Brasil - BBC News Brasil**. 30 maio 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52801687>. Acesso em: 11 set. 2024.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 77–92, mar. 2014.

MINAS GERAIS. Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Minas Gerais (CRMV-MG). **Resolução nº 357, de 1 de março de 2016**. Disponível em: <https://crmvmg.gov.br/manualrt/resolucao357-16.html>. Acesso em: 19 ago. 2024.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - SMS/MG. **Resolução nº 7921, de 9 de dezembro de 2021**. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLUÇÃO%20SES%207921%20%20de%2009%20de%20Dezembro%20.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE -MS; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA -RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <[https://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/%282%29RDC\\_222\\_2018\\_.pdf/679fc9a2-21ca-450f-a6cd-6a6c1cb7bd0b](https://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/%282%29RDC_222_2018_.pdf/679fc9a2-21ca-450f-a6cd-6a6c1cb7bd0b)>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE -MS; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 611**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <[https://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/6407467/RDC\\_611\\_2022\\_.pdf/c552d93f-b80d-408e-92a0-9fa3573f6d46](https://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/6407467/RDC_611_2022_.pdf/c552d93f-b80d-408e-92a0-9fa3573f6d46)>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **eMulti**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/acoes-interprofissionais/emulti>. Acesso em: 15 ago. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Vigilância em Saúde**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/politica-nacional-de-vigilancia-em-saude>>. Acesso em: 25 jul. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS. **LEVANTAMENTO RÁPIDO DE ÍNDICES PARA AEDES AEGYPTI -LIRAA -PARA VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA DO AEDES AEGYPTI NO BRASIL METODOLOGIA PARA AVALIAÇÃO DOS ÍNDICES DE BRETEAU E PREDIAL E TIPO DE RECIPIENTES BRASÍLIA -DF 2013**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <[https://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_liraa\\_2013.pdf](https://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_liraa_2013.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2024.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. **IBGE | Concla**. Disponível em: <https://concla.ibge.gov.br/images/concla/documentacao/ResConcla1-2006.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2024.

PERNAMBUCO. **Decreto do Executivo nº 20.786, de 10 de agosto de 1998**. Aprova o Regulamento do Código Sanitário do Estado de Pernambuco. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=3607&tipo=TEXTTOORIGINAL>

PERNAMBUCO. **Decreto nº 20.786.** Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=3607&tipo=TEXTTOORIGINAL>. Acesso em: 11 set. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RECIFE. **Lei Ordinária 18864 2021 de Recife PE.** Disponível em: <<http://leismunicipa.is/huizl>>. Acesso em: 17 ago. 2024.

RECIFE. Prefeitura Municipal de Recife. **Decreto nº 36.521, de 5 de abril de 2023.** Disponível em: <http://leismunicipa.is/0h996>. Acesso em: 16 jul. 2024.

SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SEFAZ-PE. **Arrecadação por Setor da Economia.** Disponível em: <<https://www.sefaz.pe.gov.br/Transparencia/Transparencia%20e%20Cidadania%20Fiscal/Receita/Paginas/Arrecada%c3%a7%c3%a3o-por-setor-da-economia.aspx>>. Acesso em: 23 ago. 2024.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE; EQUIPE DE APOIO ADMINISTRATIVO - DVS/SMS. **Portaria nº 25436436.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <[https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu\\_doc/portaria\\_sei.pdf](https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/portaria_sei.pdf)>. Acesso em: 1 out. 2024.

SISCAD Paginas. Disponível em: <https://siscad.cfmv.gov.br/paginas/legislacao>. Acesso em: 6 set. 2024.

TRINDADE LIMA, N. O BRASIL E A ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE: UMA HISTÓRIA EM TRÊS DIMENSÕES . In: **Caminhos da Saúde pública no Brasil.** Rio De Janeiro (Rj): Ed. Fiocruz, 2002.

WOUK, Antônio Felipe Paulino de Figueiredo et al. **Demografia da medicina veterinária do Brasil 2022.** . Cotia: Guará. Disponível em: <https://uspdigital.usp.br/siicusp/siicPublicacao.jsp?codmnu=7210Documento> completo. Acesso em: 15 set. 2024.