UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Vigilância Sanitária do Posto Aeroportuário de Guarulhos diante da Pandemia de Influenza A (H1N1) 2009

Gláucia Santos Nascimento Kishida

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para a obtenção de título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública.

Orientador:
Prof. Dr. Glavur Rogério Matté.

SÃO PAULO
2011

Vigilância Sanitária do Posto Aeroportuário de Guarulhos diante da Pandemia de Influenza A (H1N1) 2009

Gláucia Santos Nascimento Kishida

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para a obtenção de título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública.

Orientador:
Prof. Dr. Glavur Rogério Matté.

SÃO PAULO
2011

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figurem a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Dedicatória

Ao Guilherme e ao Gabriel por aflorarem em mim as melhores emoções e por demonstrarem minha mais acesa esperança na vida.

Ao meu adorado pai José, que não está mais presente, pessoa determinada, que me ensinou a sonhar. O amor permanece.

A minha querida mãe Maria, pelo seu amor incondicional e por incentivar minha caminhada através dos exemplos de respeito ao próximo e perseverança.

Ao Jefferson, meu grande amor, por mostrar que podemos alcançar nossos objetivos com cumplicidade, determinação e planejamento.

Agradecimentos

A Deus pela presença constante em minha vida e aos meus santos de devoção.

Ao Prof. Dr. Glavur Matté, meu orientador, pela oportunidade, pela confiança que depositou no meu trabalho, e principalmente pelo seu jeito de ser: seguro, tranquilo e experiente, permitindo que eu fizesse as minhas escolhas e ensinando que eu seria capaz de aprender.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Técnico e Científico (CNPq) pelo auxílio financeiro fornecido na forma de bolsa de mestrado.

Agradeço a minha valiosa família pelo amor, onde sempre encontro abrigo.

Aos meus irmãos queridos por tudo que são para mim.

Aos meus sobrinhos pelo carinho com que me envolvem.

À Mariana e ao Felipe pela paciência e carinhosa ajuda.

À Flavinha, que ensinei os primeiros passos e hoje me ajuda nos meus.

À Rosa por cuidar de mim e da minha família.

À Profa. Cassia Baldini pelas valiosas contribuições feitas por ocasião da Qualificação.

À Profa. Nicolina Lieber como membro, tanto na Qualificação, quanto na Defesa, pela correção precisa e recomendações oportunas sempre clareando esse estudo.

À Profa. Eliane Gandolfi por toda sua contribuição na Defesa para a melhoria desse trabalho.

À Profa. Maria Helena Matté pelas dicas e disponibilidade em ajudar.

À ANVISA - GGPAF por ter autorizado a realização desse estudo.

Aos funcionários do TPS de Guarulhos pela generosidade em conceder as entrevistas.

Aos meus queridos amigos da Pós-Graduação, Edson, Ayodele, Dorival, Bianca e Eliane "Dalit" que acreditam como eu, no ideal de uma Saúde Pública melhor.

Em especial à Dani por todo o carinho, dicas e apoio.

A todos os meus amigos pela força e encorajamento.

Muito obrigada!

"É possível balizar a História através de grandes ideias. Ou é possível balizar a História por eventos econômicos. Ou pela luta de classes. Mas também é possível balizar a História por meio de doenças que acometem a grandes grupos populacionais: as epidemias."

Moacyr Scliar

Nascimento Kishida, GS. Vigilância Sanitária do Posto Aeroportuário de Guarulhos diante da Pandemia de Influenza A (H1N1) 2009 [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011.

Resumo

Introdução: A Vigilância Sanitária se constitui como campo de intervenção da Saúde Pública tendo como uma de suas responsabilidades, garantir o controle sanitário de aeroportos e a proteção da saúde dos viajantes. **Objetivo:** Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo conhecer, descrever e analisar a prática sanitária adotada frente à Pandemia de Influenza A (H1N1) 2009, pela Vigilância Sanitária no Terminal de Passageiros do Aeroporto de Guarulhos. **Metodologia:** A pesquisa qualitativa foi adotada, tendo como referencial teórico as representações sociais. Utilizou-se o referencial metodológico da hermenêutica dialética, fazendo uso de uma abordagem interpretativa reconstrutiva das falas dos entrevistados. A construção das três categorias empíricas – Trabalho, Comunicação, Intersetorialidade - permitiu resgatar junto às falas dos profissionais pesquisados a prática vivenciada pela Vigilância Sanitária durante a pandemia. **Resultados:** Pôde-se apreender que as dificuldades evidenciadas durante a Pandemia de H1N1 estiveram relacionadas aos recursos humanos, à estrutura física e de material, ao fluxo de procedimentos e de informações. **Conclusões:** Os resultados evidenciaram a prática da VISA associada diretamente a sua estrutura organizacional; a uma atuação coadunada com o desenvolvimento atual do país; e uma experiência que serviu como o mais importante e único teste de enfrentamento para uma pandemia de influenza.

Descritores: Vigilância Sanitária; Aeroporto; Influenza Humana.

Nascimento Kishida, GS. Vigilância Sanitária do Posto Aeroportuário de Guarulhos diante da Pandemia de Influenza A (H1N1) 2009/ Health Surveillance of Guarulhos Airport facing the Pandemic A/H1N1 2009 influenza [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2011.

Abstract

Introduction: The Health Surveillance is a field of Public Health with the one of its responsibilities to ensure the sanitary control of airports and heath protection of travelers. **Objective:** In this sense, the present study aimed to understand, describe and analyze the sanitary practice adopted on the face of Influenza A (H1N1) Pandemic in 2009, by the Health Surveillance Agency in the passengers arrival gates of Guarulhos Airport. **Methodology:** The qualitative research was adopted in this study, using as a theoretical reference the social representations. In this document it was used the referral method of Hermeneutic Dialectic, using the interpretation of the interviews. It was built three empirics categories, which allowed retrieving in the interviews the practical experience of the employees of the Health Surveillance during the Pandemic period. **Outcomes:** It could be learnt that the difficulties during the A H1N1 Pandemic was related to the human resources, physical and material infrastructure and the process and information flows. **Conclusion:** The outcomes emphasized the way the Health Surveillance works directly linked to its organizational structure; its behavior, aligned with the current Brazil situation; and the experience which was a unique test of how they face the Influenza pandemic.

Descriptors: Health Surveillance; Airports; Influenza Human.

SUMÁRIO

1. – INTRODUÇÃO 17

1.1- VIGILÂNCIA SANITÁRIA 17

1.1.1- Antecedentes Históricos da Vigilância Sanitária 18

1.1.2- Vigilância Sanitária na História do Brasil 25

1.1.3- ANVISA 38

1.2- REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL 48

1.3 - INFLUENZA 53

2 - PANDEMIA DE INFLUENZA A (H1N1) 2009 56

2.1 – PANDEMIAS DE INFLUENZA A 56

2.2 – INFLUENZA A (H1N1) 2009 PANDÊMICA 59

2.2 – HISTÓRICO DA PANDEMIA DE INFLUENZA A (H1N1) 2009 62

2.3 – ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE INFLUENZA A (H1N1) 2009 71

3 – OBJETO DE ESTUDO 80

4 - OBJETIVO 81

4.1- OBJETIVO 81

5 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 82

5.1 – CONCEPÇÃO DA PESQUISA 82

5.1.1 – Tipo de Pesquisa 82

5.2 – LOCAL DO ESTUDO 83

5.3 – SUJEITOS DO ESTUDO 86

5.4 – COLETA DE DADOS 87

5.5 – ANÁLISE DE DADOS 90

6 – RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 94

6.1 – QUEM SÃO OS SUJEITOS DA PESQUISA 94

6.2 - A PANDEMIA DE INFLUENZA A (H1N1) 2009 E O TRABALHO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO POSTO AEROPORTUÁRIO DE GUARULHOS..... 101

6.2.1 - O Trabalho 101

6.2.2– A Comunicação..... 110

6.2.3 – A Intersetorialidade 115

7– CONSIDERAÇÕES GERAIS.....121

8- CONCLUSÕES.....129

9 – RECOMENDAÇÕES 131

10– REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 133

APÊNDICES.....139

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 140

APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM TRABALHADORES DA ANVISA..... 141

ANEXOS.....142

Anexo I – DECLARAÇÃO DE BAGAGEM ACOMPANHADA..... 143

Anexo II – IMPRESSO MAIO/2009 145

Anexo III – IMPRESSO/DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VIAJANTE - AGOSTO/2009 146

Lista de Figuras

Figura 1 - Organograma da ANVISA. 46

Figura 2 - Fluxo de Anormalidades em Aeronaves. 73

Figura 3 - Quantidade de especializações por profissionais da ANVISA do Terminal de Passageiros do Posto Aeroportuário em Guarulhos/SP, de janeiro a março de 2011. 96

Figura 4 - Percentual de trabalhadores da ANVISA do Terminal de Passageiros do Posto Aeroportuário de Guarulhos/SP, por tipo de formação em pós-graduação, janeiro a março de 2011. 97

Figura 5 - Frequência dos Trabalhadores da ANVISA do Terminal de Passageiros do Posto Aeroportuário de Guarulhos/ SP, por tipo de área de formação em especialização, de janeiro a março de 2011. 98

Figura 6 - Frequência dos trabalhadores do Terminal de Passageiros da ANVISA, do Posto Aeroportuário de Guarulhos, por tempo de atuação em vigilância sanitária. São Paulo, 2011. 99

Lista de Quadro

Quadro 1 - Linha do tempo relativa aos principais eventos ocorridos durante a Pandemia de Influenza A (H1N1) 2009. 69

Lista de Tabela

Tabela 1 - Distribuição dos trabalhadores da ANVISA do Terminal de Passageiros do Posto Aeroportuário de Guarulhos/SP por categorias profissionais, janeiro a março de 2011. 95

Siglas Utilizadas

ANAC	Agência Nacional de Aviação Civil
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CIVP	Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia
COA	Centro de Operações Aeroportuárias
COE	Centro de Operações de Emergências
COV	Centro de Orientação de Viajante
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
DBA	Declaração de Bagagem Acompanhada
DSV	Declaração de Saúde do Viajante
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz

GCOVI	Gerência de Orientação e Controle Sanitário de Viajantes em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegado
GGPAF	Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados
GM	Gabinete Ministerial
GT	Grupo Técnico
INFRAERO	Empresa Brasileira de Infra Estrutura Aeroportuária
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MAPA	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAF	Portos, Aeroportos e Fronteiras
PLD	Plano de Limpeza e Desinfecção
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIDA/AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SP	São Paulo

SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
VISA	Vigilância Sanitária
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPS	Terminal de Passageiros

1. – INTRODUÇÃO

1.1- VIGILÂNCIA SANITÁRIA

As ações de Vigilância Sanitária sempre estiveram presentes no campo de intervenção da Saúde Pública. No entanto, no Brasil, somente após o texto constitucional de 1988, e a regulamentação de sua parte da saúde pela Lei nº 8.080, de 1990, é que foi estabelecido juridicamente o seu conceito (Costa, 1999).

A Lei trata sobre a organização do Sistema Único de Saúde, atribuindo–lhe ações de caráter preventivo da Vigilância Sanitária, descritas no artigo 6º, §1:

> Entende–se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:
>
> I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo;
>
> II - e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (Brasil, 1990).

1.1.1- Antecedentes Históricos da Vigilância Sanitária

Esta introdução busca reportar os antecedentes históricos da Vigilância Sanitária, principalmente os de epidemias e atuação nas fronteiras - dado a particularidade do objeto deste estudo – por meio das ações e deslocamentos ocorridos, e relacioná-los ao modelo de prática sanitária executada, atualmente, no Brasil. Certamente não se reproduz aqui um estudo historiográfico, como aqueles realizados pelos autores referenciados, mas uma forma de nortear no tempo e no espaço o desenvolvimento da Vigilância Sanitária.

Grandes contribuições foram dadas pelas antigas civilizações para se evitar ou controlar os problemas sanitários, sejam decorrentes do meio ambiente, ou por meio do controle de doenças infecto contagiosas. A vigilância sanitária sempre teve sua história entrelaçada à história da saúde pública. Scliar (1987) afirma que, “as preocupações com as enfermidades, antecedem os tempos modernos, advindo da pré-história. Considerando como pedra fundamental da saúde pública, as concepções mágicas com quais os povos primitivos justificavam as doenças, entendendo o doente como vítima de demônios e espíritos malignos”.

Com isso, no decorrer de longos períodos, crenças e práticas religiosas se expressaram com frequência e estimularam hábitos de higiene. Representando muito mais uma prática religiosa do que preceitos sanitários. “As pessoas se mantinham limpas para se apresentarem puras aos olhos dos deuses, e não por razões higiênicas. Egípcios, mesopotâmios e hebreus, e outros povos davam valor a esses hábitos.” (Rosen, 1994).

Novas formas de conhecimento surgiram contrapondo-se à magia, é a fase representada pelo empirismo, que tem o seu berço na Grécia Antiga e sua expressão maior em Hipócrates.

Hipócrates de Cós ao substituir os rituais mágicos e o poder dos deuses por uma minuciosa observação clínica mudou a história da medicina, estabelecendo um método de diagnóstico com base no raciocínio (Bueno, 2005).

A contribuição dos gregos avançou para a arte de curar por meio do raciocínio lógico, porém ainda não científico. Nesse sentido, Rosen (1994) ressalta:

> 'Nunca é demais enaltecer essa obra, o primeiro esforço sistemático para apresentar as relações causais entre fatores do meio físico e doença. ' O autor de Ares, Águas e Lugares reconhecia a presença contínua de certas doenças na população; chamava-as endêmicas, termo que ainda usamos. Sabia ainda que a freqüência de outras doenças, nem sempre presentes, por vezes aumentava em demasia; chamou-as epidêmicas (Rosen, 1994).

Segundo Costa (1999), ainda na Grécia, pode-se citar outro avanço significativo no campo da Saúde Pública: "existiam funcionários específicos encarregados do abastecimento de água e drenagem das cidades, chamados *astynomi*", com funções ligadas ao que hoje denominamos engenharia sanitária. "O significado em português do termo *astynomi* – aquele que governa ou protege a cidade – indica proximidade com a noção de proteção da saúde como função do poder público".

Quando Roma conquistou o mundo mediterrâneo incorporou também a cultura, a medicina e as normas sanitárias gregas. Porém, imprimiu às ideias da Grécia o seu caráter e interesses. Os romanos deram grande avanço à administração de suas cidades por meio da engenharia sanitária. Baseados em técnicas dos etruscos, seus predecessores, os romanos, desenvolveram um sistema de abastecimento de água que não encontra paralelo na história e que se caracterizou pelo estabelecimento do mais extraordinário conjunto de aquedutos de que se tem conhecimento. (Bueno, 2005).

Os romanos construíram a Cloaca Máxima, no século 6º. a.C. - espécie de esgoto que escorria para o rio Tibre. “Havia um esboço de administração sanitária, com leis que dispunham sobre a inspeção de alimentos e de locais públicos.” (Scliar, 1987).

No tempo do Imperador romano Nero existiam os *aediles* que supervisionavam a limpeza das ruas, controlavam a higiene dos alimentos, a inspeção dos mercados e o direito de proibir a venda de gêneros estragados (Rosen, 1994).

O avanço de práticas sanitárias na Europa foi freado com o enfraquecimento do Estado Romano. A queda do Império Romano que, dentre um conjunto de causas atribuídas, seja pelas invasões ocorridas naquela época, seja pelo avanço das pestilências, acabou afastando os europeus dos estudos científicos e das regras de higiene, que começaram a ser progressivamente negligenciadas. (Bueno, 2005).

Essa ideia é reforçada por Scliar (1987):

> A queda do Império Romano e a ascensão do regime feudal tiveram profundas e desastrosas conseqüências na conjuntura da saúde, na prevenção e no tratamento de doenças.
> A Idade Média ficou conhecida como a era das trevas, e do ponto de vista dos cuidados à saúde a denominação exata.

Nesse período de transição cultural do Império Romano para a Idade Média, segundo Rosen (1994), “muitos problemas de saúde pública resultavam da circunstância de ser a cidade incapaz de acomodar, no interior de suas paredes, uma população crescente”. Os habitantes destas cidades conservaram seus hábitos rurais, carregando para dentro deste ambiente intramuros, animais de grande e pequeno portes, e ainda seus excrementos onde houvesse espaço.

Como resposta a estas questões, as autoridades municipais resolveram criar medidas para ordenar um modo de vida higiênico, estabelecendo regulamentos e severas penalidades. Surgia desta forma, a base de um código sanitário (Rosen, 1994).

Nos fins da Idade Média, com o crescimento do comércio e consequentemente o aumento do consumo, as relações sociais nas praças e mercados também se transformaram (Souto, 2004). A vida urbana se concentrava em torno da praça do mercado, onde era vendida uma larga variedade de produtos, incluindo-se os alimentos. Em virtude da crença difusa de que doenças poderiam surgir, rapidamente, em lugares de venda de alimentos, havia grande cuidado em manter o mercado limpo. "O medo da pestilência não abandonava o homem medieval. Ele tentava se proteger, valendo-se da união de ideias médicas e religiosas." (Rosen, 1994).

Uma forma de ação para o controle das enfermidades então encontrada, foi o isolamento, a exemplo dos leprosos, que por representarem temível ameaça pública, eram expulsos de suas comunidades (Bueno, 2005).

Durante a Idade Média ocorreram três grandes surtos mundiais de peste bubônica. O maior dos três, o segundo destes (1347), conhecido como a Peste Negra, pode ter matado 25 milhões de pessoas, um quarto da população européia de então (Scliar, 1987).

Com a peste negra tornou-se imperioso tomar medidas para proteger os sadios. Embora não possa haver certeza, a peste negra teria se originado na Ásia Central. Desde seu foco original, a doença se espalhou para o oeste até atingir as costas do Mar Negro. Dali, navios a carregaram até Constantinopla, Gênova, Veneza e outros portos europeus (Rosen, 1994).

Dessa maneira se estabeleceu a percepção de que a peste havia sido introduzida na Europa justo por meio de passageiros e/ ou mercadorias trazidas do Oriente pelos navios, motivando, em 1348, autoridades venezianas a criarem o Conselho de Saúde com autoridade para isolar, em

uma ilha, em frente à cidade, as embarcações, pessoas e produtos suspeitos de contágio, introduzindo a quarentena[1] (Bueno, 2005).

O estabelecimento das estações quarentenárias espalhou-se gradualmente de Veneza para outras cidades e países, em período de cinco séculos, até o estabelecimento de regras sanitárias gerais, quando a necessidade de diminuição dos obstáculos ao tráfego comercial internacional determinara o início, em meados do século passado, de uma cooperação internacional no campo da saúde, conceito que dá lugar à legislação sanitária internacional (Fonseca, 1989 *apud* Costa, 1999).

Scliar (1987) observa que, no Estado Moderno, as classes burguesas e os liberais em ascensão viam, na quarentena, a limitação da liberdade individual e de comércio; eram, pois, os anticontagionistas.

Se de um lado existiam os anticontagionistas, que defendiam que os surtos epidêmicos seriam causados pelo estado da atmosfera, por outro lado existiam os contagionistas. Esses viam os contágios específicos como as únicas causas das infecções. E havia, ainda, a terceira visão no enigma do miasma *versus* contágio, aquela empenhada em conciliar as duas teorias: o contagionismo limitado, ou contingente. Os proponentes dessa visão afirmavam que embora admitindo serem as doenças infecciosas devidas aos agentes contagiantes, esses só poderiam agir em conjunção com outros elementos – como o estado da atmosfera, as condições do solo ou fatores sociais. Na prática, os contagionistas limitados se opunham às consequências da crença no contagionismo estrito, como o isolamento e a quarentena (Rosen, 1994).

O fato é que a visão contagionista, com suas medidas quarentenárias e de isolamentos, significava para os "anti", um entrave ao comércio internacional, que aumentava a cada dia. A forte movimentação

[1]Foi assim que várias cidades portuárias da Europa desenvolveram o sistema de quarentena, vindo a ser prática da saúde pública, em especial porque foi por meio dela que as autoridades sanitárias passaram não só a exercer severa vigilância dos portos, como seu indispensável poder de polícia (Bueno, 2005).

internacional propiciada pelas grandes navegações, e pelo intenso fluxo de pessoas e mercadorias, facilitava as transações mercantis. Do mesmo modo, facilitava, igualmente, a transmissão de doenças. Diminuir os obstáculos ao livre trânsito era maior que a preocupação com a prevenção das doenças.

No Brasil, em 1889, chega ao porto de Santos um navio procedente de Portugal, repleto de casos de peste bubônica. O pânico tomou conta da cidade. Vários políticos e comerciantes ficaram inconformados com os prejuízos que seriam causados pela quarentena (Bueno, 2005).

Mesmo com a resistência dos anticontagionistas, Soares (2000) destaca que, por volta do início do século XIX, praticamente todos os países europeus já haviam adotado leis internas no referente a uma administração de assuntos de saúde pública. Porém, cabe ressaltar que cada país desenvolvia sua legislação de forma independente, não havendo uma consciência da cooperação internacional. Esta acontecia porque os países – ao saberem das informações científicas e práticas executadas por outros países - copiavam os modelos das legislações sanitárias internas desses. Ainda demoraria um tempo para que as medidas sanitárias internacionais se tornassem concretas e sistemáticas.

Apenas em 1851, Louis Bonaparte convocou a primeira conferência internacional sanitária, a qual acabaria por adotar uma Convenção Internacional, em fevereiro de 1852, firmada por alguns Estados do Mediterrâneo, no intuito de combater a peste, a cólera e a febre amarela, no estrito respeito às normas de liberdade de navegação, e evitar as medidas drásticas e unilaterais dos Estados consideradas, segundo Soares (2000), como exigências quarentenárias abusivas, por vezes atentatórias às liberdades de livre circulação marítima.

Segundo Soares (2000), mesmo a Convenção de 1852 nunca tendo entrado em vigor, nela foram delimitados princípios que acabaram consagrados pelas legislações dos Estados, tais como: a obrigação de se declarar

oficialmente a existência de uma doença epidêmica no território do Estado (origem da notificação de doenças); a obrigatoriedade de os navios estarem munidos de uma patente de saúde; limitações da duração de quarentenas, entre outras.

Outras oito convenções se seguiram à de 1852, até o final do século XIX, resultando na assinatura dos primeiros tratados e na instituição dos primeiros organismos internacionais para questões de saúde, até ser constituída a Organização Mundial da Saúde (OMS), por decisão da Conferência Internacional em Nova Iorque, em 1946, após a Segunda Guerra (Henriques, 1992).

Apenas ao final da Idade Moderna se desenvolveram as primeiras formas de intervenção estatal na saúde: a medicina de Estado na Alemanha, a medicina urbana na França e a medicina da força de trabalho na Inglaterra. No Brasil foi adotado o modelo alemão. A autoridade médica, social e política, que decide sobre a instituição de regras à saúde, é a chamada medicina de Estado, *Staatzmedizin,* que teria surgido na Alemanha sustentada pela polícia médica, que não surge por acaso naquele país, mas na verdade, é resultado da doutrina de governo centralizadora dos alemães. A ordem é a condição para se alcançar o bem-estar, e a maneira para se alcançar a ordem é a *polizei* (Foucault, 1985; Rosen, 1994; Scliar, 1987).

Desta forma, cabe ilustrar que: “Derivado do grego *politeia*, a palavra *polizei* tem um sentido ambíguo; é uma mescla de política *e* polícia e implica o poder da intervenção.” (Scliar, 1987).

1.1.2- Vigilância Sanitária na História do Brasil

Segundo Souto (2004):

> No Brasil, a polícia médica surgiu com a vinda da Família Real, em 1808, e sua conformação espelhou–se no forte domínio europeu em relação às práticas sanitárias.

No instante que a comitiva real desembarcou no Brasil, uma nova era se iniciou na colônia. Intensas transformações provocariam mudanças radicais em questões ligadas à saúde. “De fato, um dos primeiros atos de D. João foi a abertura dos portos brasileiros às nações amigas. Tal decisão não só rompeu com grilhões coloniais como tem sido considerada por alguns analistas como o momento em que a vigilância sanitária se estabeleceu de vez no Brasil.” (Bueno, 2005).

A cidade colonial que recebeu a Família Real foi o Rio de Janeiro. As habitações não dispunham de saneamento básico, sendo comumente os detritos dispostos nos quintais. Uma das primeiras medidas de D João, conforme destaca Bueno (2005), foi criar a Intendência Geral de Polícia, cujas funções eram, entre outras, promover o aterro de pântanos, o calçamento de ruas e o encanamento das águas, caracterizando-se, assim, a polícia médica, conforme o modelo europeu.

Costa (1999) destaca que em fins de 1808, D. João consultou o físico-mor Manuel Vieira da Silva pedindo-lhe sua opinião sobre as causas das doenças tão frequentes no Rio de Janeiro. A resposta de Vieira da Silva viria a ser considerada a primeira obra sobre higiene pública no país, atribuindo as causas das doenças ao ar, às águas estagnadas, aos cemitérios, ao mau estado dos alimentos, à circulação de pessoas e mercadorias através do porto.

Com preocupações centradas nas doenças epidêmicas relacionadas aos transportes marítimos, em 1809, é criado o cargo de provedor-mor de Saúde da Corte e Estados do Brasil - considerado o embrião do futuro Serviço de Saúde dos Portos. Atenta-se para a finalidade atribuída ao serviço que era a de "preservar o bem público e particular" que estava sujeito ao contágio de doenças, através dos navios, passageiros e mercadorias que chegavam aos portos brasileiros (Costa, 1999).

Em 1810, são estabelecidas normas mais rígidas, tais como, a instituição da quarentena e de lazareto para o isolamento, e o controle sanitário dos portos, cada vez mais movimentados.

Um novo ponto de atenção para a atividade portuária surge, a partir da intensificação do tráfico negreiro. Ujvari (2003) destaca que em virtude da ilegalidade do tráfico, as condições dos negros eram muito piores, pois os navios aglomeravam o maior número possível de escravos que pudessem para entrar clandestinamente no país. Entre os anos de 1831 e 1855 o tráfico negreiro eclodiu. Entraram cerca de setecentos mil escravos – 20 % do total trazido em trezentos anos. Com eles chegaram as epidemias.

A situação agravou-se. Com os navios a vapor as viagens tornaram-se mais rápidas permitindo o desembarque de passageiros infectados sem a detecção dos sintomas, porque talvez estivessem esses no período de incubação de suas doenças. Deste modo, muitas vezes não eram adotadas as quarentenas (Ujvari, 2003).

O ano de 1849 foi marcado pela chegada dos primeiros casos de febre amarela ao Brasil, primeiramente à Bahia e ao Rio de Janeiro que fervilhavam de insetos, entre eles o mosquito transmissor da doença, o *Aedes aegypti.* Faltava apenas a chegada do vírus, abundante nas ilhas do Caribe, para infectar os mosquitos. Um navio estadunidense, procedente de Nova Orleans, com escala em Havana, desembarcou doentes com febre amarela no Brasil (Bueno, 2005; Ujvari, 2003).

Em 1850, como medida contra a epidemia de febre amarela, foi criada a Junta Central de Higiene Pública, que se ocupava de coordenar às inspeções dos portos e à vacinação (Ujvari, 2003).

A Junta não conseguiu resolver os graves problemas de saúde pública. Sobreviveu até 1886, quando foi dividida em serviço sanitário terrestre e serviço sanitário marítimo, sob direção de dois órgãos distintos: a Inspetoria Geral de Higiene e a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos (Henriques, 1992).

À Inspetoria Geral de Saúde dos Portos competia: "Direção dos socorros médicos aos homens do mar; a polícia sanitária dos navios, dos ancoradouros e do litoral; o serviço de quarentenas marítimas; o estudo de todas as questões que interessem ao melhoramento das condições sanitárias dos portos." (Henriques, 1992).

As epidemias de febre amarela eram naquela época associadas ao tráfico negreiro. Foi então que o médico francês Audouard desenvolveu uma hipótese científica segundo a qual essa ligação realmente existia. O médico demonstrou que ao abolirem o tráfico negreiro, os Estados Unidos diminuíram o número de epidemias, e nas colônias francesas já não havia casos, enquanto nas colônias espanholas que o mantinham, os surtos continuavam (Ujvari, 2003).

Com a carência de escravos, os imigrantes se fizeram necessários. Em 1886, criava-se a Sociedade Promotora de Imigração que subsidiou a vinda dos europeus para o Brasil em busca de uma vida melhor (Ujvari, 2003).

Um dos problemas enfrentados pelos imigrantes foi o contato com a febre amarela, que por não terem contato prévio com a doença, rara na Europa, a adquiriam e morriam.

> Na cidade de Santos, estavam sujeitos a contrair a febre amarela e enfrentar epidemias de varíola. Mas, algumas vezes, foram eles mesmos que trouxeram epidemias para o Brasil nos navios europeus. Foi o

> caso da epidemia de cólera em 1893, que italianos provenientes de Gênova e Marselha disseminaram por Santos e São Paulo (Ujvari, 2003).

Henriques (1992) observa que a Constituição Republicana de 1891 trata da transferência dos serviços locais de saúde para os estados, com exceção da polícia sanitária de portos e fronteiras, que permaneceu sob a égide federal, e tem acrescentada às suas competências: "A fiscalização do cumprimento dos tratados sanitários que o Brasil celebrar com outras nações."

“No verão de 1895, por exemplo, ocorrera, no Rio, o caso tristemente célebre do navio *Lombardia*.” Dos 340 tripulantes, 333 contraíram a febre amarela e 234 morreram da doença. O navio foi abandonado na baía de Guanabara, e os sobreviventes voltaram à Itália em outro navio. Tudo isso prejudicava o comércio exterior. E nada prejudicava mais o sistema do que a fama de ser o Brasil “o túmulo dos estrangeiros” (Bueno, 2005).

Aproximava-se o século XX e, faltava entrar em cena aquele que terá sido o maior nome da história da Vigilância Sanitária no Brasil: Oswaldo Cruz; “o Nero da Higiene” e o “Czar dos Mosquitos”. (BUENO, 2005).

A era bacteriológica atingiu a República. Louis Pasteur com seu prestígio científico influenciou o mundo inteiro com suas descobertas, que possibilitaram o desenvolvimento de soros e vacinas, bem como a pasteurização de alimentos. Oswaldo Cruz, recém chegado do Instituto Pasteur, em Paris, foi chamado para confirmar o diagnóstico da epidemia de peste. Vários discípulos brilhantes das idéias de Pasteur – como Vital Brasil, Adolfo Lutz, Emílio Ribas e Oswaldo Cruz – comandaram as iniciativas para desenvolver pesquisas sobre o controle das epidemias (Bueno, 2005; Ujvari, 2003).

Bueno (2005) destaca que a Vital Brasil foi entregue a chefia da Fazenda Butantã, com infraestrutura necessária para a produção do soro antipestoso, que até então somente a França produzia.

É importante, aqui, fazer um salto no tempo e, atualizar as informações a respeito do Instituto Butantan, considerado um dos maiores centros de pesquisa biológica e médica do mundo, responsável por mais de 80% dos soros e vacinas produzidos no país, e que, em 5 de fevereiro de 2011, entregou o novo prédio da fábrica de vacinas.

> Até o próximo ano, o país se tornará autossuficiente na produção de vacinas contra influenza, graças à fábrica do Butantan. Além de produzir vacinas contra gripe comum, a fábrica tem capacidade de produzir outros subtipos de vírus de Influenza, como a H1N1, gripe suína, e H5N1, gripe aviária, em caso de pandemia. (SES/SP, 2011a)

Retornando à Velha República, muitas medidas ainda seriam tomadas para melhorar as condições sanitárias da capital federal e do próprio país. Nas grandes cidades do mundo estava em curso um processo de reurbanização, com medidas de saneamento básico e redistribuição espacial dos grupos sociais.

É nesse contexto que Oswaldo Cruz, em 1897, assume a Diretoria Geral da Saúde Pública - instituição essa resultante da fusão entre o Instituto Sanitário Federal, responsável pela execução dos serviços de higiene da União, e a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos. À nova instituição competia, entre outras atribuições: estudar a natureza, etiologia, o tratamento e profilaxia das moléstias transmissíveis; preparar culturas atenuadas e soros antitóxicos; dirigir o serviço sanitário dos portos. O litoral brasileiro ficou dividido em três distritos para a execução do serviço sanitário dos portos, tendo como sedes: o porto do Rio de Janeiro com o lazareto da Ilha Grande, o porto de Recife com o lazareto de Tamandaré e o

porto de Belém com o lazareto do Pará (Diretoria Geral de Saúde Pública - 1897).

Oswaldo Cruz tinha a difícil tarefa de erradicar as três doenças epidêmicas que então atingiam a população brasileira: a febre amarela, a peste bubônica e a varíola. Para isso ele utilizou as chamadas campanhas - termo militar que traduz o caráter organizado e autoritário do trabalho a ser realizado (Scliar, 1987).

Os modelos campanhistas assumiam o caráter vertical da administração dos problemas sanitários, numa visão bacteriológica que valorizava a contaminação como causa geral do processo saúde-doença. Insere-se nesse processo uma reforma na legislação, concedendo à União amplos poderes para intervir na cidade e na vida da população. Foi elaborado um Código Sanitário, pondo em prática as concepções de polícia médica, e a já obrigatoriedade da vacinação contra a varíola (Bueno, 2005).

Como observa Bueno (2005), “em termos científicos, as ideias de Oswaldo Cruz estavam certas, mas seu projeto sanitarista era autoritário e excludente”.

Com a ruptura na estrutura de poder da Primeira República, aparecem diversas outras frações da burguesia, agora envolvidas com a industrialização. A etapa que se inicia emerge e toma forma uma política nacional de saúde centralizadora, como ocorre no plano político geral do país. Cria-se nesse contexto, em 1930, o Ministério de Educação e Saúde Pública. Passando, em 1937, a se chamar Ministério da Educação e Saúde. E, em 1953, logo se desmembraria, tornando-se uma pasta independente, o Ministério da Saúde (Henriques, 1992).

A nova estrutura do Ministério da Saúde era composta por dez órgãos, entre os quais o Departamento Nacional de Saúde. Ademais de outras atribuições, era responsável pela fiscalização de portos - Serviço de Saúde dos Portos (Souto, 2004).

Observa–se que “o conjunto de assuntos e ações de saúde pública, correspondentes hoje à área da vigilância sanitária, esteve disperso em diversos serviços e com diferentes nomeações, em órgãos da estrutura administrativa de saúde pública de cada época” (Costa, 1999).

O Ministério da Saúde passa por nova reorganização em 1976, sendo criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, agregando as atividades relativas ao controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras, e de medicamentos. A Secretaria era organizada por divisões: Portos, Aeroportos e Fronteiras (DIPAF), Medicamentos (DIMED), Alimentos (DINAL), Saneantes e Domissanitários (DISAD), Cosméticos e Produtos de Higiene (DICOP). A fiscalização do exercício profissional – um dos primeiros objetos de regulação do controle sanitário estatal – foi excluída, passando a ser realizada pelos conselhos de profissões (Lucchese, 2001).

Segundo Henriques (1992), a DIPAF tem suas atribuições estabelecidas pelo mesmo dispositivo que criou a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, contando em sua estrutura com: os Serviços de Organização e Normas Técnicas; de Supervisão e Avaliação e de Controle Sanitário de Imigrantes; e a Inspetoria de Saúde de Portos, Aeroportos e Fronteiras do Estado do Rio de Janeiro; nos demais portos a inspeção era atribuição das Delegacias Federais de Saúde, sob comando técnico da Secretaria. Conforme Henriques (1992): “É mantida a verticalidade da organização e são pouco significativas as mudanças desde que foi criado o primeiro órgão com o fim específico de polícia sanitária de portos e fronteiras.”

Costa (2008) também observa que mesmo com o *status* que a categoria de secretaria ministerial conferiu à Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, as mudanças institucionais e legislativas, contudo, não significaram transformações efetivas no cotidiano do serviço de Vigilância Sanitária.

No início dos anos 80 instalava-se uma crise econômica no país. Embora, muitos economistas e cientistas sociais considerem sob o aspecto econômico, como a “década perdida”, o Brasil experimentava, no campo

político, um processo de democratização superando o regime ditatorial militar instaurado em 1964. Nesta fase de transição, as mudanças ocorridas na sociedade favoreceram positivamente o setor saúde. Na esfera da Vigilância Sanitária, houve uma maior articulação entre órgãos estaduais da vigilância sanitária (Souto, 2004).

Tal momento coincidiu com o início da epidemia de SIDA-AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), e outros problemas com sangue e hemoderivados que politizavam a questão. A mobilização entre as vigilâncias estaduais impulsionou a realização do Encontro de Goiânia, que tinha como objetivo discutir os novos rumos da Vigilância Sanitária no Brasil (Bueno, 2005; Souto, 2004).

O Encontro de Goiânia, em 1985, resultou no documento denominado "Carta de Goiânia", que expunha um conjunto de problemas específicos da área e reivindicava a definição de uma Política Nacional de Vigilância Sanitária como parte da Política Nacional de Saúde. Apesar de aprovado pelo secretario nacional e da oferta de apoio por parte de algumas secretarias estaduais, o evento não recebeu o empenho da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (Costa et al, 2008).

Na década de 80, o país viveu uma época marcada por tragédias na área da saúde pública, como, em 1987, o acidente com o Césio 137 em Goiânia; e os casos de contaminação por dióxido de enxofre de sucos industrializados e de gelatinas por cromo, que levaram ao afastamento dos dirigentes da Secretaria da Vigilância por contrariar interesses do setor produtivo ao interditar a produção destes alimentos e bebidas, demonstrando a fraqueza das autoridades sanitárias na tomada de decisões (Bueno, 2005).

Os anos que se seguiram foram intensos para a Vigilância Sanitária. Ainda em 1985, realizou-se o Seminário Nacional de Vigilância Sanitária. O tema central do seminário postulou a definição de uma Política Nacional de Vigilância Sanitária homogênea, democrática e flexível, de acordo com a

situação de cada Unidade Federada. O relatório do seminário resultou na deliberação de que a Política Nacional de Vigilância Sanitária teria que levar em consideração alguns aspectos: da inclusão na 8ª Conferência Nacional de Saúde do tema vigilância sanitária; do estabelecimento de um sistema de informações em vigilância sanitária; da promoção de uma ampla revisão na legislação; da disponibilidade de divulgação das questões de vigilância sanitária para os consumidores (Bueno, 2005; Costa et al, 2008).

A 8ª. Conferência Nacional da Saúde ocorreu em março de 1986, tendo sido considerada a constituinte da saúde, pois possibilitou um debate democrático, permitindo que sentassem à mesma mesa de discussão, técnicos, políticos, cientistas e sociedade civil. A 8ª. CNS demonstrou a intenção de ampliar o debate social que viabilizasse a Reforma Sanitária, formulada e propagada pelo movimento sanitário, iniciado anos antes, dentro de uma linha teórico-ideológica, cujos técnicos e líderes tinham nos departamentos de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, da Universidade de Campinas, e do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, seus espaços mais adequados. Ao final da Conferência foram produzidos vários documentos, que serviram de subsídios para representar a pré-constituinte, contendo: a conceituação da saúde, seus determinantes; a saúde como direito do cidadão; o dever do Estado; a criação do Sistema Único de Saúde; as relações com o sistema privado; e a interdependência entre a política social e econômica brasileiras. A Conferência tinha a intenção de que na Constituição fossem inseridas as reivindicações até ali propostas (Brasil, 2006a).

A Constituição Federal Brasileira, após ser promulgada, em 1988, tomou pelo caráter de Relevância Pública as ações e serviços de saúde, expresso no seu Artigo 197 - “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”. Ainda no marco constitucional da saúde:

> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
> I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
> II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
> III - participação da comunidade.
>
> Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
> I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
> II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; (...) (Brasil, 1988).

A Constituição Federal consolidou as propostas de direito á saúde, participação social, e os princípios organizativos de descentralização, hierarquização e comando único por nível de governo. Porém, no que se referem à Vigilância Sanitária (VISA), esses princípios não integraram a agenda de prioridades, e ela permaneceu à margem do processo político da saúde (De Seta e Lima, 2006).

Integrando o Sistema Único de Saúde (SUS) no plano institucional e legal a VISA permaneceu, na prática, como um espaço restrito e resguardado. Com uma atuação na esfera federal pautada na fragmentação das ações e pela prioridade na vigilância de produtos, e em menor grau, à área de portos, aeroportos e fronteiras (De Seta e Lima, 2006).

No início dos anos 90 a mudança de governo permitiu a redefinição da política de Vigilância Sanitária. No entanto, a atenção, particularmente financeira, do governo às questões da Vigilância Sanitária durante esses anos, só se manifestou quando da ocorrência de grandes catástrofes, como foi o caso da epidemia de cólera, em 1991 (Souto, 2004).

Merecendo destacar alguns marcos normativos da época:

A Lei nº. 8.078/90, que coloca em vigor o Código de Defesa do Consumidor. Reafirmando a responsabilidade do produtor pela qualidade do produto e dos serviços ofertados, permitiu o desenvolvimento de informações ao consumidor sobre o campo de atuação da Vigilância Sanitária (Bueno, 2005).

A Portaria MS/GM n°.1.565/94, que estabeleceu novas diretrizes para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Bueno, 2005).

E a Lei nº. 8.080/90 no artigo 6º § 1 que regulamentou o conceito de Vigilância Sanitária. E, ainda, definiu no artigo 15:

> A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:
>
> I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
>
> XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
>
> XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
>
> XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
>
> XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

E, mais especificamente, dado o objeto do estudo, destaca-se na Lei 8080/90:

> Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:
>
> (...)

> III - definir e coordenar os sistemas:
> (...)
> d) vigilância sanitária;
> VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios (Brasil, 1990).

Nos anos 90, apesar da existência de toda a legislação produzida, a Vigilância Sanitária funcionava ainda de forma cartorial. Muitas eram as denúncias de corrupção, supostos pagamentos de propinas e falsificação de assinaturas para registros de alimentos, medicamentos e cosméticos. (Bueno, 2005).

Neste período, existia a influência da política econômica, por meio do MERCOSUL nas decisões do Ministério da Saúde. Principalmente a Argentina fazia pressão para que seus produtos alimentícios e medicamentos ao entrarem no Brasil, não sofressem as exigências sanitárias dos produtos importados (Lucchese, 2001).

Novos escândalos ocorreram no país, em 1996, como a morte de idosos internados na clínica Santa Genoveva, no Rio de Janeiro e, em 1998, o caso dos anticoncepcionais Microvlar, fabricados pela Indústria Schering sem qualquer princípio terapêutico, conhecido como o caso das “pílulas de farinha”; e, ainda, a descoberta de um lote falsificado do medicamento Androcur, usado por pacientes em tratamento de câncer de próstata, fabricado pelo laboratório Veafarma que foi acusado de fabricar placebos (comprimidos sem efeito) (Bueno, 2005).

Este momento é significativo para a Vigilância Sanitária, pois ocorre um processo de tentativas de mudanças políticas e técnicas que delimitam o começo da quebra do modelo tradicional do setor, caracteristicamente marcado pela centralização e autoritarismo, pela prática cartorial e clientelista e pela distância da população (Costa, 1999).

Lucchese (2001) ao fazer uma síntese da evolução histórica nacional da Vigilância Sanitária ofereceu uma perspectiva de processo aos modelos de intervenção do estado na área sanitária, acompanhado principalmente dos fatos políticos e econômicos de cada época. Assim, ele identificou três modelos econômicos que marcaram a história do desenvolvimento do país:

a) Modelo agro-exportador até 1945 – compreende o período em que o País era totalmente dependente das importações e a alfândega era relativamente livre à entrada dos produtos importados. O controle sanitário era principalmente voltado ao combate às epidemias e endemias. O que hoje seria a área de controle sanitário dos portos, aeroportos e fronteiras, era um dos principais campos da fiscalização sanitária.

b) Modelo de substituição de importações, de 1945 até 1990 - sob a égide do Estado Desenvolvimentista crescia a preocupação com o controle dos produtos de interesse sanitário. O controle das epidemias, menos freqüentes, e das endemias passou a compor o campo da vigilância epidemiológica. O controle dos portos, aeroportos e fronteiras – que transitava entre a vigilância das doenças e a vigilância da circulação de produtos e pessoas - foi agregado à vigilância sanitária.

c) Modelo de abertura ao mercado global, de 1990 em diante – a proteção tarifária foi apontada como causa da baixa produtividade e competitividade do parque produtivo brasileiro, bem como da instabilidade da economia, o que impulsionou uma significativa abertura ao mercado global. Devido à aceleração do comércio internacional e a formação de mercados comuns, as exigências legislativas sanitárias nacionais passaram a ser vistas como barreiras não alfandegárias à livre circulação de produtos. A prioridade era a agilização administrativa e o atendimento dos pedidos das empresas.

Esse breve histórico serve para elucidar o ponto culminante instalado que resultou na reestruturação administrativa do órgão federal de Vigilância Sanitária.

A criação da ANVISA foi permeada pelo discurso inovador da época, que aspirava à modernidade administrativa por meio da redução do tamanho do Estado, da desregulamentação, da privatização e da extinção de órgãos e empresas públicas (Lucchese, 2001).

A criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária foi marcada pelas pressões do segmento produtivo, pela necessidade de restaurar a credibilidade nos produtos brasileiros e na instituição de um órgão dotado de uma boa imagem, que controlasse esses produtos. Aquelas ideias foram revigoradas sob o aceno ideológico de criação de uma agência regulatória forte, tendo o *FDA* (*Food and Drug Administration*) como referência modelar (Costa, 1999).

1.1.3- ANVISA

Na tentativa de compreender as práticas sanitárias adotadas pela Vigilância Sanitária, num mundo capitalista, usou-se nesse estudo a linha de pensamento weberiana. Seguem abaixo algumas considerações teóricas necessárias ao objeto de estudo.

Para Weber cada cultura, em sua evolução, engendra uma racionalidade própria, que explica a cultura para si mesma. Desse processo emergem valores e, entre eles, uma razão moral que convém a essa cultura e que a justifica. As possibilidades de uma determinada ordem social são função das condicionantes culturais com que essa ordem se defronta no seu processo evolutivo e vice e versa (Thiry-Cherques, 2008).

Segundo Thiry-Cherques (2008) um dos conceitos de Weber, aplicável à atualidade, parte da suposição de que os códigos de conduta são fruto de

uma visão do mundo, de uma racionalidade culturalmente determinada e dos temores de caráter mágico que ela carrega. “A percepção do eticamente justificável é atualmente condicionada pela obsessão com as leis do mercado. Leis que assumiram a mesma forma que a magia tinha na economia pré-capitalista.”

Para o homem comum da época do surgimento do capitalismo moderno, havia duas alternativas para escapar à tensão da vida econômica e da fé religiosa: o trabalho que correspondia à salvação nesse mundo, e o desígnio divino a salvação no outro mundo. A racionalidade moral e a racionalidade econômica, ao se completarem, superam essa tensão. A racionalidade dominante, a do capitalismo, a da busca de lucros e da multiplicação, que gera e depende de instituições, como as organizações industriais; a separação entre as áreas onde negociamos e aquelas em que vivemos; a contabilidade e o trabalho formalmente livre devem ser necessariamente a mesma para a ciência, o treinamento militar, a administração e a ética. O que fica é um sistema de causação circular, onde o progresso técnico, a estandardização, a rotinização da vida e o cálculo, ou seja, a racionalização, enfim – produzem a especialização, a fragmentação e tensões éticas, que são resolvidas via mais racionalização, em um ciclo sem fim (Thiry-Cherques, 2008).

A lógica de produção capitalista obriga o desenvolvimento das forças produtivas. A competição econômica força as organizações a buscarem uma *performance* superior, renovando permanentemente o trabalho, a técnica, e os produtos, assim numa espiral de mudanças infinita (Motta, 1993).

Segundo o modelo weberiano de organização formal, as bases estão na racionalidade e na legalidade das ações. A forma burocrática de organizar o Estado prevalece enquanto o crescimento econômico assegurar os recursos necessários à manutenção ou expansão dos serviços públicos (Motta, 1993).

No contexto da globalização econômica, a ANVISA deveria estar capacitada para responder, com eficiência, às demandas do segmento produtivo e realizar a tarefa de regulação sanitária em sintonia com o movimento mundial (Costa et al, 2008).

Dessa forma, feito esse breve parêntese do referencial weberiano, faz-se uma ponte entre a administração burocrática de Weber e o campo de ação da Saúde Pública, a Vigilância Sanitária.

Com efeito, é promulgada a Lei nº 9.782/99, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

O primeiro artigo da Lei 9.782, de 1999, diz que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária[2] compreende o conjunto de ações definido pelo parágrafo 1º do art. 6, e pelos arts. 15 e 18 da Lei 8.080/90, executado por instituições da Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de Vigilância Sanitária (Vecina Neto et al, 2009).

A Vigilância Sanitária, tanto a nível federal (ANVISA), como nas esferas estaduais, municipais e distrital, possui características próprias que conferem a ela certas especificidades e a distinguem das ações da assistência, assim como da Saúde Pública como um todo. Entre tais especificidades sobressaem: a sua diversidade de objetos de ação; sua função regulatória; e sua natureza jurídica (Costa, 2001).

[2] O Sistema engloba no nível federal, a ANVISA e o INCQS/Fiocruz. No nível estadual, órgãos de VISA e os Lacen de cada uma das 27 Unidades da Federação. No nível municipal, estão as VISAs dos 5561 municípios brasileiros. Participam indiretamente os Conselhos de Saúde e de Secretários de Saúde. Interagem e cooperam com o Sistema: órgãos e instituições, governamentais ou não, de diversas áreas (CCS, 2010).

As ações da Vigilância Sanitária estão baseadas no risco, ou seja, por meio de um processo de análise qualificado é estabelecida a relação entre o risco e o benefício de determinado produto ou serviço de saúde ou de interesse dela (Costa, 2001).

O controle sanitário destes riscos é prática legalmente definida pela Lei 8080/90 como atribuição da Vigilância Sanitária. Essa atribuição legal não se restringe apenas a uma perspectiva fiscalizatória, mas sim incorpora práticas de promoção às práticas adotadas de proteção. Ações nesse sentido são tomadas em direção da comunicação do risco (emergências sanitárias, riscos de propagação de doenças, monitoramento de produtos e propagandas, etc.).

Em 2010, a Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegários -GGPAF- capacitou 50 dos 86 postos de vigilância sanitária, nos principais pontos de entrada do território nacional, para a utilização de metodologia e software de gestão de riscos (Programa Risk Manager) denominado Sagarana. Com esse sistema a Agência espera obter, por meio de equipamentos eletrônicos, informações em tempo real sobre as inspeções sanitárias realizadas em portos, aeroportos e fronteiras do país, e em casos de emergência em saúde pública, ser capaz de dar respostas mais rápidas e intervir nos locais em que há mais riscos. Nesse sistema os dados das inspeções são encaminhados para uma sala de situação na sede da Agência, em Brasília (Brasil, 2011).

No novo sistema, os meios de transportes, os ambientes e os processos são cadastrados, de acordo com a periodicidade, que serão fiscalizados. No caso, a periodicidade de fiscalização de voos é mensal. O Posto Aeroportuário de Guarulhos da ANVISA foi um dos postos capacitados em 2010. Para 2011 a ANVISA programou a capacitação dos demais postos e o início do monitoramento e supervisão, de forma a implantar definitivamente o Sagarana (Brasil, 2011).

No entanto, a Agência coloca como limitações para a operacionalidade desse sistema, a ocorrência de emergências em saúde pública, redução do quadro funcional, e disponibilidade de tecnologia de informação (ANVISA, 2011).

A diversidade de objetos de ação da Vigilância Sanitária compõe um universo cada vez mais abrangente, resultado de novas tecnologias e de um setor produtivo em constante movimento na busca da inovação que potencialize seus lucros ou a sua sobrevivência no mercado competitivo em que está inserido (Costa, 2001).

Um dos desafios para a Vigilância Sanitária é acompanhar *pari passu* o conhecimento e desenvolvimento tecnológicos do setor produtivo. Todos os dias são lançados no mercado uma gama de produtos e serviços que se dizem em nome da prevenção da saúde, da longevidade, da cura, da potencialização do corpo humano, da estética, etc.

> O orgulho pela criatividade científica e tecnológica do gênero humano turba-se pela extrema pobreza de espírito e pela extrema miséria com que é obrigado a andar de par (Gonçalves-Mendes, 1992).

A função regulatória da Vigilância Sanitária ainda é pouco perceptível ao senso comum: nesse plano estabelece-se a necessidade de regulação das relações produção-consumo, reconhecendo a vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo, criando-se instrumentos que protejam sua saúde e incolumidade econômica (Costa, 2004).

A função regulatória sobre as inovações tecnológicas é exercida sob elevado grau de incerteza no que respeita ao processo de avaliação dos riscos, seja pela insuficiência do conhecimento científico, seja pela incapacidade do aparato da vigilância sanitária em avaliar, mensurar o risco e traduzir em regulamentos (Souza e Costa, 2010).

A natureza jurídica da Vigilância Sanitária foi construída através dos tempos na própria história da Saúde Pública. O apogeu político da saúde pública, que com o poder delegado pelo Estado passou a ter direito de traçar metas e ações que pudessem solucionar a questão sanitária, conferiu legalidade jurídica a todas as medidas de controle e aos profissionais responsáveis por sua implantação (Vecina Neto et al, 2009).

Na sua natureza jurídica a Vigilância Sanitária é detentora do poder de polícia, que tem seu fundamento no princípio da predominância do interesse público sobre o particular.

> Diferentemente da assistência à saúde, as ações de Visa são de competência exclusiva do Estado que detém o poder, ou melhor, o dever-poder de interferir nas liberdades dos particulares para assegurar os superiores interesses da coletividade. É esta função que lhe confere o poder de autoridade, o chamado poder de polícia, cujas ações, no caso da Visa, abrangem tanto as atividades de particulares quanto as públicas, pois o Estado submete-se às leis que ele mesmo cria (Costa, 2001).

A Vigilância Sanitária no exercício desse poder, além da observância das normas jurídicas que versam sobre a matéria de saúde, também deve seguir os princípios, compromissos e normas firmados nos tratados e convenções acordados pelo Brasil e nos códigos e regulamentos internacionais. Depreende-se, portanto, a necessidade de conhecimento do ordenamento jurídico por parte dos gestores de saúde pública e de seu corpo técnico-profissional (Costa, 2001).

A coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), um subsistema do Sistema Único de Saúde – SUS, é de competência da ANVISA (Costa et al, 2008).

Construir o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e conferir-lhe efetividade é uma tarefa técnica e política que requer integração nas três esferas de gestão do SUS e articulação com a sociedade civil, para tentar

demonstrar que a percepção dos riscos sanitários está além dos domínios técnicos de mensuração e controle. A intersetorialidade e a interinstitucionalidade devem ser viabilizadas no âmbito tanto de organismos públicos das políticas da economia e da saúde, como na esfera da sociedade civil (Vecina Neto et al, 2009).

À Agência é conferida a natureza de autarquia especial, vinculada ao Ministério da Saúde, caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira (Brasil, 1999).

Quanto à estrutura de organização da Agência, a direção conforma-se em uma diretoria colegiada formada por até cinco membros, todos indicados e nomeados pelo presidente da República após a aprovação do Senado, sendo um deles diretor-presidente (Souto, 2004).

A relação da agência com o Ministério da Saúde, órgão ao qual se subordina, é regulada mediante um Contrato de Gestão, ou seja, através de um instrumento de avaliação administrativa dos compromissos pactuados entre o gestor e a autarquia (De Seta e Lima, 2006).

Uma Comissão de Avaliação do Ministério da Saúde acompanha e avalia o cumprimento desse Contrato, sendo que para efeito dessa avaliação a ANVISA precisa elaborar dois relatórios, um semestral e outro anual, os quais devem ser amplamente divulgados (Lucchese, 2001).

O quadro de pessoal da ANVISA, inicialmente foi formado por servidores provenientes da extinta Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, e de outros órgãos, que assim formaram o Quadro de Pessoal Específico[3], denominação dada exclusivamente aos funcionários

3 Lei 9.986/2000- Art. 19. Mediante lei, poderão ser criados Quadro de Pessoal Específico, destinado, exclusivamente, à absorção de servidores públicos federais regidos pela Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e Quadro de Pessoal em Extinção, destinado exclusivamente à absorção de empregados de empresas públicas federais liquidadas ou em processo de liquidação, regidos pelo regime celetista, que se encontrarem exercendo atividades a serem absorvidas pelas Agências.(BRASIL, 2000).

públicos federais cedidos por outros órgãos públicos às agências reguladoras ou por elas requisitados, para suprirem uma carência inicial quando da sua criação (Brasil, 2000).

A ANVISA vem estruturando seu quadro de pessoal desde 2004, a partir da publicação da Lei nº 10.871, de 21 de maio de 2004, que dispõe sobre a criação de carreiras e organização de cargos efetivos das agências reguladoras. Desde então, foram realizados dois concursos públicos: o primeiro, em 2004, para provimento de vagas em cargos de nível superior – Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária e Analista Administrativo; e o segundo, em 2007, para preenchimento de vagas para o cargo de Técnico Administrativo, de nível médio. A ANVISA ainda aguarda a autorização do Ministério do Planejamento para realização de concurso público com a finalidade de preencher 149 vagas do cargo de Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária e 31 vagas do cargo de Analista Administrativo (Brasil, 2010a).

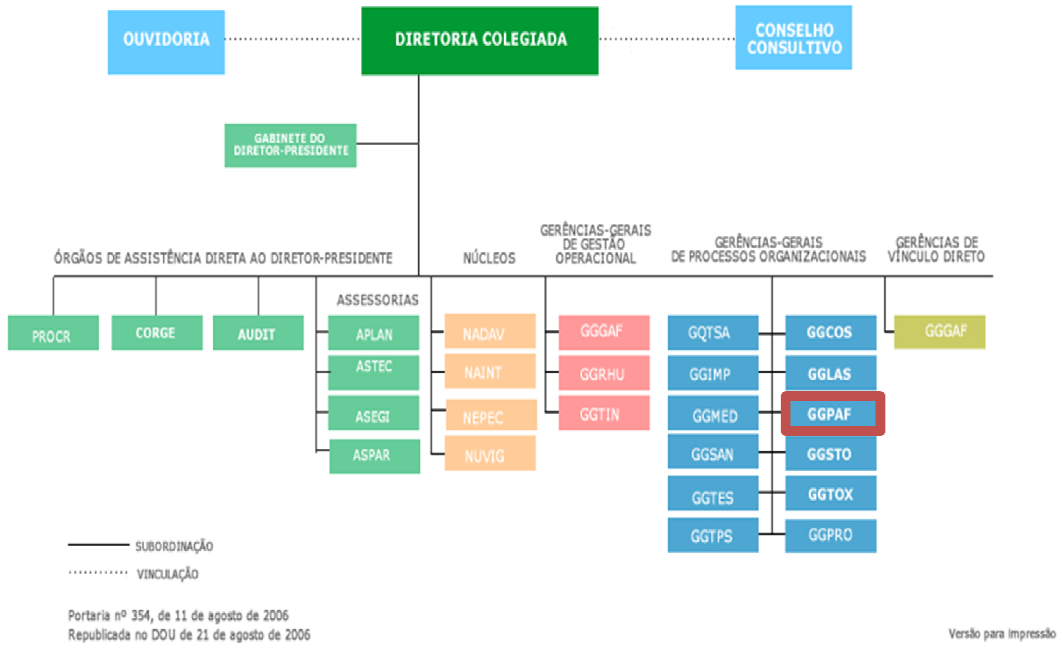
A crítica administrativa burocrática[4] de Max Weber defende que a efetividade da Autoridade Legal descansa na aceitação da validez das seguintes ideias interdependentes: de que toda norma legal pode ser estabelecida por acordo ou imposição, visando fins utilitários e/ou valores racionais; aliada a idéia que todo direito consiste, essencialmente, num sistema de normas abstratas; e que assim a pessoa que representa tipicamente a autoridade ocupa um “cargo”; e que a obediência se deve a essa pessoa na qualidade de um membro da associação que ele representa. Pode-se citar como características fundamentais da autoridade racional legal: uma organização contínua de cargos; uma área específica de competência; a hierarquização; o exercício de um cargo pode ser regulado por regras técnicas ou normas; no tipo racional é questão de princípio que seus funcionários devam estar completamente separados da propriedade

[4]Como assinala Weber, a burocracia implica uma clara divisão de atividades integradas que são consideradas como deveres inerentes aos cargos. A atribuição de funções se faz à base de qualificações técnicas que são determinadas por procedimentos formais e imparciais.

dos meios de produção; atos administrativos, decisões, normas, são formulados e registrados em documentos (Campos, 1966).

Quanto à sua organização gerencial, segundo De Seta e Lima (2006) a ANVISA apresenta um organograma (Fig.1) que leva às hipóteses de acentuada especialização do trabalho, e de dificuldades de integração das estruturas internas (gerências gerais).

Figura 1 – Organograma da ANVISA



Extraído de: ANVISA, 2011.

Nota: *GGPAF – Gerência Geral de Portos, Aeroportos e Fronteiras e Recintos Alfandegados.

As Coordenações de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados nos Estados – CVSPAF e os Postos de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados subordinados a GGPAF não possuem organograma.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária tem como finalidade institucional promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados. Além disso, a Agência exerce o controle de portos, aeroportos e fronteiras e a interlocução junto ao Ministério das Relações Exteriores e instituições estrangeiras para tratar de assuntos internacionais na área de vigilância sanitária (ANVISA, 2009a).

Assuntos cada vez mais frequentes no cotidiano da ANVISA, com as facilidades da movimentação internacional de pessoas e mercadorias, facilitando igualmente a transmissão de doenças.

O que vem a justificar o presente estudo, que tem como objeto, a prática da Vigilância Sanitária no tocante às suas ações realizadas no âmbito de um aeroporto, diante da transmissão de uma pandemia.

1.2- REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL

Cabe aqui fazer algumas considerações sobre as relações internacionais intensificadas pelas facilidades de transportes e de telecomunicações, do fenômeno denominado “globalização”, que tem tornado as fronteiras elementos superados.

Soares (2000) destaca que a internacionalidade, ou como mais utilizada denominação, a “globalização” é o traço característico do fim do século XX e início do atual. E que essa globalização significaria duas realidades concomitantes, que decisivamente têm influído em todos os campos jurídicos:

> a) uma invasividade das regulamentações jurídicas em todos os campos da vida em sociedade (como conseqüência do crescimento secular do poder do Estado), portanto, um fenômeno de horizontalidade, e b) uma quebra das distinções entre as esferas juridicamente regulamentadas, no que respeita aos fatores interno e internacional, ou seja, na atualidade, encontram-se esmaecidos os poderes domésticos dos Estados, em favor de normas originárias de fontes internacionais, as quais tendem a regular assuntos que, tradicionalmente, eram deixados à competência das autoridades internas, portanto, um fenômeno de verticalidade, onde os campos de atuação do direito interno tendem a ser cada vez mais internacionais, seja porque o mercado interno hoje é um mercado internacional, seja porque o homem da atualidade é um homem do mundo, ou ainda porque o próprio assunto regulado, como o meio ambiente ou as condições sanitárias, mesmo em nível local, são fenômenos globais.

Na verdade a nova orientação que se agregou às relações internacionais do século XX é a da dimensão da cooperação, em substituição a visão antiga da cooperação como um modelo das boas relações entre os Estados, ou

ainda, àquela de auxílio aos mais necessitados, atitude que poderia esconder sob a máscara da cooperação, uma política de dominação ou neocolonialismo. Segundo Soares (2000) a cooperação do século XX é definida como um dever de regular conjuntamente o ambiente das relações internacionais, sob pena dos Estados nacionais não conseguirem sozinhos lidar principalmente com as questões da saúde pública internacional e da proteção internacional do meio ambiente.

O fato é que a cooperação, como um elemento fundamental das relações internacionais da atualidade, explica a mudança de enfoque do próprio Direito Internacional: de um conjunto de regras de fundo proibitivo, que fora formado por concessões unilaterais de cada Estado, substituído pela ideia de um conjunto de regras mandamentais de não apenas manter a paz e o *status quo, mas*, igualmente, de adotar comportamentos específicos a fim de realizar um mando mais equânime (Soares, 2000).

Detém-se maior enfoque ao Regulamento Sanitário Internacional, pelo fato da ANVISA cumprir e fazer cumprir as exigências contidas nele, e de citá-lo em destaque como uma de suas atribuições, dentre outras convenções internacionais subscritas pelo Brasil e igualmente adotadas por ele.

O primeiro Regulamento Sanitário foi adotado em 1951, imediatamente no pós-guerra, e no qual se contemplavam as seis moléstias da época: a peste, a cólera, a febre amarela, o tifo exantemático, a febre recorrente e a varíola. Várias modificações foram feitas, como a retirada da varíola (erradicada em 1981), e no caso da cólera que teve o seu Certificado de Vacinação abolido. O segundo e penúltimo Regulamento Sanitário Internacional é datado de 1969, e considera somente três moléstias como quarentenárias, a peste, a cólera e a febre amarela (Henriques, 1992).

O atual Regulamento Sanitário Internacional da Organização Mundial da Saúde revisado pela Assembléia Mundial da Saúde, reunida em Genebra, no ano de 2005 - RSI/2005 - entrou em vigor em 15 de junho de 2007, para

todos os Estados Membros, que não o tenham recusado ou a ele formulado reservas.

O objeto e o âmbito do RSI “consistem em prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública à propagação internacional de doenças, de uma forma proporcional e limitada aos riscos para a saúde pública e que evite entraves desnecessários ao tráfego e comércio internacionais” (OMS, 2005).

O Regulamento Sanitário Internacional-2005 possui um alcance muito maior e não se limita a um número predeterminado de doenças. Ele se aplica às doenças independentemente de sua origem ou fonte, e que representem, ou seja, passível de representar danos significativos à saúde.

Em tempos de doenças emergentes e reemergentes, o RSI-2005, se aplica a todas as doenças conhecidas ou não, caracterizando-as como “Emergência de saúde pública de importância internacional”, ou seja, um evento extraordinário que constitua risco para a saúde pública noutros Estados devido à propagação internacional da doença.

> Constata-se que as duas últimas décadas foram acompanhadas, no plano internacional, por crises sanitárias que deram um novo relevo à noção de segurança sanitária como função do Estado. Essas crises, exemplificadas no caso do “mal da vaca louca” e as ameaças de doenças priônicas em humanos, o escândalo do sangue contaminado com o vírus da AIDS na França e a epidemia de pneumonia asiática (SARS) vêm chamando a atenção para um processo de globalização dos riscos que afetam países pobres e ricos e se revestem num dos mais desafiadores contextos para o desenho e implementação de barreiras sanitárias (Costa, 2001).

Ele ainda inclui termos que deverão ser adotados tais como: “evento” e “risco para a saúde pública”. O primeiro designado para a manifestação de doença ou uma ocorrência que seja potencialmente indutora de doença, e o segundo tão conceituado em Vigilância Sanitária - o risco – designa a

probabilidade de um evento poder constituir efeitos adversos para a saúde humana, especialmente os que se possam propagar a nível internacional.

O processo de revisão do RSI culminou com a publicação da Resolução nº 21/2008 da ANVISA, atualizando as normas sobre o tema “saúde do viajante” em um único documento. A partir daí, foi reforçado o serviço de orientação para a adoção de medidas de proteção pelo viajante, como a vacinação e o consumo saudável de alimentos (Brasil, 2010a).

No atual RSI, é compromisso da Organização Mundial da Saúde prestar assistência técnica, inclusive com recursos financeiros necessários para essa finalidade.

O Regulamento Sanitário Internacional - 2005 insta os Estados Membros a desenvolver, fortalecer e manter as capacidades de saúde pública exigidas nos seus termos e a mobilizar os recursos necessários para esse fim. Os Países deverão desenvolver, o mais rapidamente possível, e no máximo num prazo de cinco anos a contar da entrada em vigor do ordenamento, as capacidades para responder pronta e eficazmente a riscos para a saúde pública e à emergência em saúde pública de importância internacional, estabelecidas pelo RSI (2005) (OMS, 2005).

Os Estados Partes designarão os portos e aeroportos que serão dotados das capacidades indicadas no Regulamento. Sendo que cada Estado Parte avaliará, no período de dois anos, após a entrada em vigor do RSI em seu território, a capacidade das estruturas e recursos nacionais existentes de satisfazer às exigências mínimas descritas no anexo do Regulamento (OMS, 2005).

O Brasil como país membro da OMS vem trabalhando o fortalecimento das Capacidades Básicas para o RSI - 2005, utilizando-se de instrumentos de avaliação da organização dos fluxos de trabalho, da qualificação dos recursos humanos e da adequação dos espaços físicos em pontos de entrada (portos e aeroportos) predefinidos (Brasil, 2010a).

Em 2009, A ANVISA finalizou a avaliação das capacidades básicas em 16 portos e 14 aeroportos, previamente designados, elaborou os diagnósticos desses pontos de entrada e elaborou o Relatório Nacional de Avaliação das Capacidades em Pontos de Entrada Brasileiros, encaminhado para a OMS (Brasil, 2010a).

Segundo a ANVISA (2009), na 1ª fase de Avaliação, a partir da aplicação de formulários, foram gerados indicadores com os resultados detalhados a seguir:

> Porcentagem de cumprimento das capacidades básicas em aeroportos: 37,28%.
> a) Capacidade para Comunicar 41,42% (inclui procedimentos para comunicar e recursos físicos para comunicar);
> b) Capacidade básica de rotina 43,94% (inclui vários atributos entre eles: avaliação e atenção médica em aeroportos; equipamentos e pessoal para o transporte de viajantes enfermos; pessoal treinado para inspeção de meios de transporte e instalações; instalações, equipamentos e recurso para o pessoal da inspeção; etc.);
> c) Capacidade para responder ante uma Emergência Sanitária de Importância Internacional (ESPII): 25,54% (inclui Plano de contingência para emergência de saúde pública; avaliação e manejo de viajantes afetados, contatos e animais; espaço para entrevistar pessoas suspeitas ou afetadas; avaliação e quarentena de viajante suspeito ou afetado; controle da entrada e saída de viajantes).

O Aeroporto de Guarulhos está avaliando a sua capacidade para detecção, notificação, avaliação de risco e resposta aos eventos de saúde pública, para reunir os requisitos mínimos das capacidades básicas estabelecidas pelo RSI (2005).

Em 2010, a ANVISA realizou, em Fortaleza- Ceará, um *workshop* sobre o Fortalecimento das Capacidades Básicas do RSI-2005, incluindo no evento um Curso em Resposta Imediata para Situações de Emergência (CRISE). Foi oferecida a capacitação com instrumentos de epidemiologia prática

visando à detecção, investigação e o controle de surtos e eventos inusitados em saúde e estimulando a formação de redes para fortalecimento da capacidade de respostas coordenadas às emergências (OPAS, 2010).

1.3 - INFLUENZA

Influenza, em italiano, significa influência, porém na língua portuguesa é considerada como sinônimo de gripe. Conforme o historiador Moacyr Scliar essa doença era associada ao frio, daí a proveniência do termo do italiano "influenza di freddo" (Scliar, 1987).

Já o termo "gripe" teria advindo das escolas médicas francesas, tendo em conta o aspecto contraído, tenso, encrespado – *grippé* – encontrado no rosto dos seus doentes (Nava apud Teixeira, 1993).

No inglês é usada a abreviação *flu* para denominar a doença.

Na linguagem popular verifica-se mais o termo gripe, em lugar de influenza, denominação usada predominantemente no meio científico (Teixeira, 1993).

Feitas as considerações lingüísticas, tome-se as características gerais da Influenza.

A influenza ou gripe é uma infecção viral aguda do sistema respiratório. A doença é causada pelo vírus *Influenza* pertencente à família *Orthomyxoviridae*. A classificação em tipos A, B e C é possível após identificação do antígeno interno nucleoproteico. Contudo, de acordo com essa diversidade antigênica de seu agente etiológico, ela, a doença pode se

apresentar de forma mais ou menos grave. O tipo A sofre mais variação antigênica que o tipo B, sendo o primeiro responsável pela ocorrência da maioria das epidemias de gripe, e o segundo associado com epidemias mais localizadas. Os vírus do tipo C são antigenicamente estáveis, provocam doença subclínica e não ocasionam epidemias, motivo pelo qual merecem menos destaque em saúde pública (Brasil, 2009b).

Os vírus da Influenza A têm em sua superfície a hemaglutinina viral (HA) e a neuraminidase (NA), que são glicoproteínas do envelope viral e antígenos-chave contra o qual a resposta imune humoral é dirigida. A hemaglutinina viral (HA) está associada à infecção das células do trato respiratório superior, onde o vírus se multiplica, e a neuraminidase (NA) facilita a saída das partículas virais do interior das células infectadas. Essas proteínas são usadas para a subtipagem do vírus da gripe A em 16 HA e 9 subtipos de NA. As aves aquáticas são o reservatório natural de todos os subtipos de vírus da influenza, mas alguns subtipos têm se estabelecido em outras espécies; H1 e H3 em suínos, H3 e H7 em cavalos e, recentemente, H3 se estabeleceram em cães na América do Norte (Malik et al, 2009).

A nomenclatura dos vírus influenza definida pela OMS inclui, na seguinte ordem, o tipo de vírus influenza, a localização geográfica onde o vírus foi isolado pela primeira vez, o número da série que recebe no laboratório e o ano do isolamento. Quando for influenza do tipo A, a descrição dos antígenos de superfície do vírus, ou seja, da hemaglutinina e da neuraminidase, é apresentada entre parênteses, como, por exemplo, A/Sydney/5/97(H3N2) (Brasil, 2009b).

Na perspectiva da Saúde Pública a influenza, devida a sua elevada transmissibilidade e distribuição geográfica global, representa distintos problemas e abordagens específicas de vigilância e controle, a depender da gravidade das manifestações clínicas e do potencial pandêmico que se manifesta, podendo se apresentar como influenza sazonal, influenza pandêmica, ou influenza com potencial pandêmico (Brasil, 2009b).

A influenza sazonal é caracterizada por um início súbito de febre alta, tosse (geralmente seca), dor de cabeça, dores musculares e articulares, mal-estar, dor de garganta e coriza. A maioria das pessoas recupera-se da febre e de outros sintomas dentro de uma semana, sem a necessidade de atenção médica. Mas a gripe pode causar doenças graves ou morte em pessoas com alto risco (crianças menores de dois anos, adultos com 65 anos ou mais, e pessoas de qualquer idade com cardiopatias, doenças metabólicas, imunodeprimidas, doenças pulmonares, entre outras). Em todo o mundo, as epidemias sazonais, anualmente, atingem cerca de três a cinco milhões de casos graves da doença, e ocorrem cerca de 250 mil a 500 mil mortes. No Brasil, dados oriundos do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Influenza (Sivep-Gripe) demonstraram que, em 2008, do total de atendimentos nas unidades sentinelas, 9,5% apresentaram síndrome gripal (Brasil, 2009b; OMS, 2009a).

A influenza pandêmica ou com potencial pandêmico se manifestam quando a influenza se espalha globalmente, tendo uma porcentagem elevada de indivíduos infectados, e tendo por resultados taxas de mortalidade aumentada; causada por subtipos dos vírus das Influenzas A e B, que sofreram contínuas mutações, surgindo novas cepas. Quando isso acontece, o risco de produção de epidemias ou pandemias é muito elevado, em virtude da suscetibilidade das populações aos novos subtipos (Malik et al, 2009).

2 - PANDEMIA DE INFLUENZA A (H1N1) 2009

2.1 – PANDEMIAS DE INFLUENZA A

Muitas epidemias foram causadas pelo vírus da Influenza A. Durante o século passado, ocorreram três importantes pandemias de influenza: “Gripe Espanhola” (a primeira forma da H1N1 que surgiu em humanos), em 1918, que dizimou de 20 a 50 milhões de pessoas no mundo todo; a “Gripe Asiática” (H2N2), entre 1957 a 1960; e a de Hong Kong (H3N2), entre 1968 a 1972. Destaca-se ainda a ocorrência de uma pandemia em 1977-78, chamada “Gripe Russa”, que afetou principalmente crianças e adolescentes (Cugini et al, 2010; Brasil, 2009b)

No Brasil, particularmente no Rio de Janeiro e em São Paulo, a gripe espanhola causou grandes transtornos e vítimas fatais. Frente ao desconhecimento de medidas terapêuticas que pudessem evitar ou curar a doença, as autoridades sanitárias se restringiam a orientar a população a evitar os lugares de aglomeração. No entanto, as cidades já haviam se transformado num caos. Foram muitas as notícias de mortos insepultos por falta de funcionários que fizessem o serviço. Havia muitos cadáveres amontoados nos cemitérios ou abandonados nas ruas. O quadro descrito da epidemia de 1918 era de pânico, de notícias desencontradas, de falta de medicamentos, e de governantes impossibilitados de tomar quaisquer medidas por terem sido infectados (Teixeira, 1993).

Tal qual a pandemia H1N1, de 2009, a gripe espanhola foi cercada de dúvidas e incertezas sobre a doença, dadas as suas devidas proporções, já que no início da gripe espanhola mal se sabia o agente causador.

Fato é que, para além do dissenso no nível científico, em 1918, dois fatores estavam presentes: a aceitação de que a epidemia já havia invadido o país, e em, segundo lugar, a aceitação da inevitabilidade da epidemia, ou seja, as tentativas de ocultar ao máximo a publicização do estado epidêmico. A ocultação das epidemias era um artifício usado pelas autoridades seiscentistas a fim de evitar a interrupção das atividades econômicas, e de abastecimento (Teixeira, 1993).

No Brasil e no mundo, com o H1N1 2009, o medo era o da reedição da "gripe espanhola", apesar de tantos avanços tecnológicos e científicos, e de toda a mobilização da OMS, orquestrando as ações de controle da pandemia, ainda assim, o medo do desconhecido estava presente.

Teixeira (1993) observou, em seu estudo, o conjunto de sentimentos e atitudes da população em relação à epidemia de 1918, ensejados pelo contexto da morte. O autor avalia que os comportamentos e sentimentos são parte de um imaginário coletivo que atravessaria séculos, e que embora conhecendo variações históricas, guardariam no fundo uma permanência estrutural.

> Tecnicamente admitimos que podemos morrer, e tomamos providências em vida para preservar os nossos da miséria. Verdadeiramente, porém, no fundo de nós mesmos, não nos sentimos mortais (Ariés apud Teixeira, 1993).

A pandemia de Influenza A H1N1 2009 ocorreu enquanto o mundo esperava chegar outra gripe. Na época, especialistas acreditavam que a gripe aviária – Influenza A (H5N1) faria a maior pandemia. O vírus H5N1 é altamente patogênico, com ocorrência principalmente em aves, e não costumam infectar as pessoas, mas as infecções por esses vírus têm ocorrido em humanos. A maioria dos casos ocorre em crianças previamente saudáveis e adultos jovens, e resultaram do contato direto ou próximo com aves infectadas pelo H5N1 ou com superfícies contaminadas pelo vírus H5N1. Os casos humanos mais recentes datam de 2003 a 2009, quando

dos 413 casos confirmados com infecção, 256 (62%) evoluíram para o óbito. Esses casos estão associados a epizootias entre as aves domésticas (patos, galinhas e perus), e aves selvagens na Ásia, e em partes da Europa, Oriente Médio e África. Não existem casos de transmissão inter-humana cientificamente fundamentada. Em geral, o H5N1 continua a ser uma doença muito rara nas pessoas. No Brasil, até o momento, não há casos de influenza aviária (Brasil, 2009b; CDC, 2010).

Atualmente, a grande preocupação volta a ser com o vírus da gripe aviária (H5N1). Para os cientistas, o vírus do H5N1 continua sendo motivo de preocupação pelo risco potencial de eventualmente se transformar em uma forma do vírus capaz de se transmitir de uma pessoa para outra. Como esses vírus, geralmente, não infectam os seres humanos, há pouca ou nenhuma proteção imune contra eles na população humana. Outra pandemia de influenza poderá começar se o vírus H5N1, com sua alta patogenicidade, ganhar essa capacidade de transmissão (CDC, 2010).

2.2 – INFLUENZA A (H1N1) 2009 PANDÊMICA

As análises filogenéticas do H1N1 de 2009 revelam que o novo vírus se originou de mutações e de uma recombinação gênica das cepas virais humanas, cepas de suíno norte americano, cepas de suíno eurasiano e cepas da gripe aviária norte americana. Há três principais razões pelas quais os especialistas do CDC, e de outras instituições de pesquisa de saúde pública, em todo o mundo, acham que a gripe H1N1 2009 resultou da recombinação de vírus da gripe que ocorrem naturalmente entre os porcos. O primeiro motivo deve-se ao fato que todos os vírus da gripe têm oito genes. Seis dos oito genes encontrados dentro do vírus da gripe H1N1 2009 estão associados com vírus da gripe que regularmente causam doenças em suínos na América do Norte. Segundo motivo: Os pesquisadores do CDC usaram o método de evolução molecular para determinar que o vírus da gripe H1N1 de 2009 provavelmente evoluiu na natureza - talvez por meio de circulação em um animal hospedeiro desconhecido – por um número de anos antes de ser detectado. E terceiro e último motivo: o vírus da gripe H1N1 de 2009 não tem as adaptações que são típicas de vírus influenza cultivados ou criados em laboratórios. Por exemplo, o método padrão do vírus da gripe crescente em laboratórios envolve injetar o vírus em ovos de galinha fertilizados. O vírus da gripe H1N1 de 2009 não tem as propriedades associadas com o crescimento em ovos (CDC, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b), as informações preliminares dos casos de influenza A (H1N1) 2009 pandêmica até aquele momento, eram:

- Transmissibilidade - para o adulto, o período pode variar de 1 dia antes até o 7° dia após o início dos sintomas e, para menores de 12

anos, 1 dia antes até o 14° dia após o início dos sintomas. A transmissão se faz por meio de gotículas expelidas pelo indivíduo doente ao falar, espirrar e tossir. A transmissão também pode ocorrer por contato indireto com secreções nasofaringeanas, através das mãos contaminadas.

- Medidas de Prevenção e Controle – frequente higienização das mãos com água e sabão antes das refeições, antes de tocar os olhos, boca e nariz, e após tossir, espirrar ou usar o banheiro; evitar aglomerações e ambientes fechados; manter os ambientes ventilados; uso de lenço descartável para higiene nasal; cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir; o uso de máscara cirúrgica está recomendado para todos os profissionais de saúde e pessoas que entrem em contato com casos suspeitos ou confirmados com infecção por influenza pandêmica (H1N1) 2009; o uso de máscara de proteção respiratória (respirador particulado ou N95) é recomendado quando houver risco de geração de aerossol nos pacientes suspeitos ou confirmados com infecção por influenza (intubação traqueal, aspiração nasofaríngea e nasotraqueal, broncoscopia, autópsia envolvendo tecido pulmonar e coleta de espécime clínico para diagnóstico etiológico da influenza, dentre outros);
- Suscetibilidade e imunidade - A imunidade aos vírus da influenza resulta de infecção natural ou por meio de vacinação anterior com o vírus homólogo. Assim, um hospedeiro que tenha tido uma infecção com determinada cepa do vírus influenza terá pouca ou nenhuma imunidade a uma nova infecção com a cepa variante do mesmo vírus. Isso explica, em parte, a grande capacidade deste vírus em causar frequentes epidemias e a necessidade de atualização constante da composição da vacina com as cepas circulantes.
- Manifestações clínicas - A doença inicia-se, clinicamente, com a instalação abrupta de febre alta, em geral acima de 38ºC, aferida ou mencionada, seguida de mialgia, dor de garganta, prostração, dor de

cabeça e tosse seca. A febre é o sintoma mais importante, com duração em torno de três dias. Com a progressão da doença, os sintomas respiratórios tornam-se mais evidentes e mantêm-se em geral por três a quatro dias, após o desaparecimento da febre.

- Diagnóstico diferencial – o diagnóstico diferencial apenas pela clínica é muito difícil, pois apesar dos sintomas sistêmicos serem mais intensos na influenza que nas demais infecções virais, cursam com quadro clínico semelhante, daí a denominação de síndrome gripal.
- Diagnóstico laboratorial - O exame laboratorial para diagnóstico específico de influenza pandêmica (H1N1) 2009 somente estava indicado para: acompanhar casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave com internação hospitalar; e em casos de surtos de Síndrome Gripal em comunidades fechadas, segundo orientação da Vigilância Epidemiológica. As amostras de secreções respiratórias deviam ser coletadas preferencialmente no 3° dia após o início dos sintomas e, no máximo, até o 7° dia. A técnica de diagnóstico de transcrição reversa, associada à reação em cadeia, mediada pela polimerase (RT-PCR) foi a preconizada pela OMS. Não era recomendada a metodologia de imunofluorescência indireta (IFI) para detecção desse novo subtipo de influenza A (H1N1) 2009 pandêmica, no momento atual. O Ministério da Saúde iniciou o processo de preparação da rede pública de laboratórios[5] para a realização dos testes diagnósticos para identificação de influenza pandêmica (H1N1) 2009. Os estados em que os exames laboratoriais foram descentralizados passaram a realizar o RT-PCR para os seus respectivos municípios. Ainda em 2011, estão funcionando nos seguintes estados: RS, PR, SC, MG e SP.

[5] O processamento das amostras de secreção respiratória de casos suspeitos para o diagnóstico de infecção pelo novo vírus da influenza A (H1N1)2009 pandêmica inicialmente era realizado exclusivamente pelos Laboratórios de Referência (LR): Instituto Adolfo Lutz (IAL/SP), em São Paulo; Instituto Evandro Chagas (IEC/PA), no Pará; Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ), no Rio de Janeiro. Os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) podiam processar somente as amostras de sangue ou outras amostras clínicas que não eram do trato respiratório para subsidiar o diagnóstico diferencial.

- Tratamento - O antiviral indicado oseltamivir deve ser utilizado, no máximo, até 48 horas a partir da data de início dos sintomas.

2.2 – HISTÓRICO DA PANDEMIA DE INFLUENZA A (H1N1) 2009

Em março e início de abril de 2009, o México teve surtos de doenças respiratórias e aumento de notificações de pacientes com doença do tipo influenza (ILI) em diversas áreas do país. Em 12 de abril, o governo mexicano relatou um surto de ILI em uma pequena comunidade no estado de Veracruz para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em conformidade com o Regulamento Sanitário Internacional. Em 17 de abril, foi comunicado um caso de pneumonia atípica no Estado de Oaxaca gerando um reforço da supervisão em todo o México (CDC, 2009).

Em 15 de abril de 2009, foi detectado laboratorialmente, pela primeira vez, um novo vírus da influenza A (H1N1), em casos não relacionados epidemiologicamente de doenças semelhantes à gripe. Era de um paciente de 10 anos de idade, do estado da Califórnia. Dois dias depois, outro paciente de 8 anos de idade, morador a 130 km de distância do primeiro caso, apresentou a doença. Não havia nenhuma ligação conhecida entre os dois pacientes. A análise laboratorial no Centers for Disease Control and Prevention (CDC), em Atlanta, Estados Unidos, determinou que os vírus obtidos a partir desses dois pacientes eram muito semelhantes entre si, e diferentes de qualquer outro vírus da gripe já visto em humanos ou animais, o que explica a suscetibilidade da maioria da população mundial e a eficiente transmissibilidade da infecção (SES/SP, 2009; CDC, 2010).

O nome para o atual vírus descoberto pelo CDC, seguindo o padrão de nomenclatura exigido pela OMS, é A/California/4/2009 (H1N1) (Carvalho, 2009).

Inicialmente a infecção foi chamada de “gripe suína” devido à semelhança do seu vírus com aqueles encontrados nos porcos norte-americanos. Em 30 de abril a OMS rebatizou a “gripe suína” passando a chamá-la de Influenza A (H1N1) (CDC, 2010).

Em 23 de abril, o México comunicou a OPAS vários casos de influenza A (H1N1) confirmados laboratorialmente, cuja seqüência de análise das cepas dos pacientes infectados revelou ser a mesma detectada nas duas crianças da Califórnia - Estados Unidos (CDC, 2009).

É importante destacar que esse novo vírus só pôde ser detectado a partir da vigilância do número de casos de síndrome gripal que não reduziu conforme o esperado para os meses de março a maio no Hemisfério Norte, período pós-temporada de influenza sazonal. A ocorrência de um caso atípico de pneumonia em abril, no México, somado aos dois casos similares de influenza A, na Califórnia, sem qualquer vínculo possível entre eles, e a falta de possibilidade de subtipagem daquele vírus pelos métodos disponíveis, sugeriu uma possível mutação viral (Brasil, 2010b).

Em 25 de abril de 2009, o Comitê de Emergência da Organização Mundial da Saúde, em conformidade com o Regulamento Sanitário Internacional, declarou o evento como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. E, ainda, informou a não recomendação de restrições de viagens e comércio (OMS, 2010).

Também em 25 de abril, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu o Gabinete Permanente de Emergências em Saúde Pública (GAPE), composto por representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos

Estratégicos (SCTIE), Assessoria de Comunicação Social (ASCOM), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) e Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República (GSI) (Brasil, 2010b).

No dia 27 do mesmo mês, além dos Estados Unidos e do México, são detectados casos no Canadá e um na Espanha. Novamente são reforçadas as recomendações de não restrição de viagens regulares e de fechamento de fronteiras, porém, agora, "é considerado prudente para pessoas que estão doentes adiarem viagem internacional". A OMS informou que "também não há risco de infecção por este vírus pelo consumo de carne de porco, bem cozida, e de produtos suínos". E passou a orientar os indivíduos a lavarem as mãos com água e sabão, e a procurarem atenção médica se desenvolvessem quaisquer sintomas da doença semelhante à gripe. No entanto, a OMS alterou a fase pandêmica[6] para 4, indicando a possível ocorrência de uma pandemia. (OMS, 2010).

No Brasil, em 27 de abril, a ANVISA publicou Nota Técnica às Coordenações de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados dando orientações para o controle sanitário da Influenza A (H1N1) nos pontos de entrada, reforçando o monitoramento dos vôos e viajantes procedentes do México, Canadá e EUA, bem como a distribuição de material informativo sobre a Influenza A (H1N1). No dia seguinte, a ANVISA ampliou o monitoramento para os casos suspeitos dos voos procedentes do Reino Unido, Nova Zelândia e Espanha (ANVISA, 2009b).

[6] Fases Pandêmicas: Fase 1 vírus circulante apenas entre animais; Fase 2 casos de infecção humana por vírus de origem animal, ameaça pandêmica; Fase 3 casos esporádicos de infecção; Fase 4 transmissão humano-humano limitada; Fase 5 surtos sustentados em dois ou mais países, numa única região da OMS; Fase 6 Surtos sustentados pelo menos num outro país e numa outra região da OMS; Pós Pico diminuição dos casos com possibilidade de eventos incomuns; Pós Pandêmico atividade da doença em níveis sazonais (OMS, 2011)

A situação continuava a evoluir rapidamente. Em 28 de abril, já seriam sete países com casos oficialmente notificados de influenza A (H1N1). Logo em seguida, em 29 de abril, foi alterado novamente o nível de alerta da pandemia de fase 4 para a fase 5, indicando a disseminação do vírus em pelo menos dois países de uma mesma região administrativa da OMS, naquela ocasião, o Continente Americano. Em decorrência do fato da OMS elevar o nível de alerta da pandemia, a ANVISA publica alerta ampliando o monitoramento para todos os vôos internacionais que chegam ao Brasil - 164 vôos/dia (73 da América do Sul; 47 da Europa; 6 da África; 31 da América do Norte; e 7 da América Central) (ANVISA, 2009b).

Em 8 de maio, já eram 25 países com 2.500 casos de influenza A (H1N1), incluindo o Brasil que notificou seus primeiros quatro casos de infectados, sem óbitos, e todos com histórico de viagem recente ao México ou aos Estados Unidos (OMS, 2010; Brasil, 2010b).

Entre os dias 18 a 22 de maio de 2009, na 62ª Assembléia Mundial da Saúde, ocorrida em Genebra, o Brasil liderou o bloco que reivindicou que os vírus e seus sequenciamentos genéticos fossem declarados “bens públicos mundiais”. Com o apoio de africanos e sul-americanos, impediu que EUA, Canadá e México encerrassem as discussões sobre a garantia de acesso, de qualquer país, às tecnologias e dados científicos em eventuais pandemias. O então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, anunciou: “o Brasil também quer sediar o primeiro laboratório-referência da OMS na América do Sul” (Carvalho, 2009).

Em 11 de junho de 2009, a Organização Mundial de Saúde elevou o nível de alerta pandêmico mundial para a fase 6, última fase da pandemia. Esta ação foi motivada pela rápida propagação do vírus e não pela gravidade da doença. E veio acompanhada da necessidade de aconselhamento e tranqüilidade diante de dados iniciais limitados sobre a doença e a considerável incerteza científica (OMS, 2009b).

Em 1º de julho de 2009, o Brasil registrava 680 casos de Influenza A (H1N1) e o seu primeiro óbito - um adulto jovem do estado do Rio Grande do Sul. O Ministério da Saúde considerava que, no País, não havia ocorrência de transmissão sustentada do novo subtipo viral, ou seja, todos os casos, até aquele momento, tinham vínculo epidemiológico com casos importados. Diante da ocorrência de um óbito a esclarecer, em 30/06/2009, de uma menina de 11 anos, moradora de Osasco-SP, sugeriu ser esse o primeiro caso autóctone no estado de São Paulo. Com base na investigação epidemiológica desse caso, verificou-se não haver vínculos com casos suspeitos e/ou confirmados, e sem história de viagem recente - passando a figurar nas notificações como o segundo óbito por influenza A (H1N1). Sendo assim, em 16 de julho de 2009, o Ministério da Saúde declarou a transmissão sustentada do vírus influenza pandêmica (H1N1) 2009 no país (Marques et al, 2011).

Após a declaração de transmissão sustentada, o Ministério da Saúde passou a realizar o monitoramento apenas dos óbitos e casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave[7] (SRAG), seguindo as orientações da Organização Mundial da Saúde. No entanto, continua o monitoramento de informações sobre os grupos de risco para desenvolvimento de doença grave, assim como o monitoramento da circulação do vírus no país visando, entre outros motivos, a identificação de eventual mutação viral (Brasil, 2009b).

O número de casos específicos de Influenza A (H1N1) foi notificado até dezembro de 2009, sendo que a partir de 01 de janeiro de 2010, foram objeto de notificação e coleta de material biológico apenas os casos de SRAG hospitalizados. De 19 de abril a 21 de novembro de 2009, um total de 82 países notificou, entre os quais o Brasil. Até novembro de 2009 a

[7]Síndrome Respiratória Aguda Grave é caracterizada por febre alta mesmo que referida, tosse e dispnéia, acompanhada ou não dos seguintes sinais e sintomas: aumento da frequência respiratória; hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente; e em crianças, além dos itens acima, é observado também os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

proporção de influenza pandêmica era de 93%, e de influenza sazonal é de 7%. Padrão similar ao observado pela OMS, que registrou 93% de influenza pandêmica entre todos os vírus de influenza monitorados no mundo (Brasil, 2009c).

Em 2009, no Brasil, a taxa de incidência de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por influenza pandêmica (H1N1) 2009 foi de 14,5 casos para cada 100 mil habitantes. Cabe destacar que este percentual se situa dentro da faixa de letalidade (2 a 9%) para casos hospitalizados divulgada pela OMS. A taxa de mortalidade por influenza pandêmica no Brasil foi de 0,85/100.000 habitantes, com maiores taxas observadas nos Estados das regiões sul e sudeste (66,2/100.000 e 9,7/100.000 habitantes respectivamente) (OMS, 2011; SES/SP, 2011b).

Em 10 de agosto de 2010 a OMS declarou que o mundo não estava mais na fase pandêmica da Influenza A (H1N1), isso quis dizer que o vírus H1N1 não havia sumido, mas que tendia a assumir um comportamento como o de um vírus da gripe sazonal, continuando a circular por alguns anos (OMS, 2011).

No período de 17 de janeiro de 2010 a 1 de janeiro de 2011, foram notificados 9.473 casos de SRAG hospitalizados (SRAGH) correspondentes às cinco regiões do Brasil. Destes, 801 casos e 104 óbitos foram confirmados para Influenza pandêmica (H1N1), segundo o Grupo Técnico de Influenza da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (GT-Influenza/SVS/MS) (Secretaria Estado da Saúde/SP, 2011b).

Cada semana, durante o ano todo, a OMS analisa as informações sobre as atividades de Influenza no mundo. Em 20 de maio de 2011 informou que a atividade do vírus pandêmico influenza (H1N1) encontrava-se em baixa global. Tanto nos Estados Unidos, quanto no Canadá, os relatos de influenza, hospitalizações e óbitos relacionados à doença diminuíram no período avaliado, que compreendeu os dias 13 a 26 de março de 2011. O percentual de teste positivo para vírus da gripe foi de, 5% no Canadá e em

menos de 2% nos EUA, e foram predominantemente do tipo influenza B. Casos de influenza apresentaram níveis muito baixos na Europa, sendo que metade dos países não reportou nenhum caso. Pouca ou nenhuma atividade da gripe foi detectada em relatórios dos países do Norte da África e do Oriente Médio e, quando foi detectada, o tipo mais comum, foi o da influenza tipo B. O mesmo foi notado na Ásia, com o Japão e a China identificando casos de influenza do tipo B. Nos países do Hemisfério Sul a sazonalidade inicia-se nos meses de junho e julho. Porém, a Austrália já tinha observado um número maior que o esperado de detecções de vírus de gripe em maio de 2011 e que, no entanto, diminuiu nas últimas semanas (OMS, 2011).

No dia 5 de fevereiro de 2011, como apontado anteriormente neste estudo, o Instituto Butantan inaugurou o novo prédio da fábrica de vacinas. Operando com capacidade reduzida, o instituto forneceu parte das doses de vacina contra a gripe solicitada pelo Ministério da Saúde para a campanha deste ano. Até então, a vacina era totalmente importada e apenas envasada pelo instituto (SES/SP, 2011a).

No período de 25 de abril a 13 de maio de 2011, o Ministério da Saúde realizou a campanha nacional contra a gripe. A vacina protegeu contra os três principais vírus que circularam pelo Hemisfério Sul em 2010: A/California/7/2009(H1N1)-like; A/Perth/16/2009(H3N2)-like; B/Brisbane/60/2008-like.

Em 23 de maio de 2011, foi anunciado que na 64ª Assembléia Mundial da Saúde, os países membros da OMS chegaram a um acordo sobre o compartilhamento de vírus e benefícios (medicamentos, kits diagnóstico e vacinas, entre outros insumos) decorrentes de uma pandemia de influenza. Agora, em situações de pandemia, todas as amostras de secreção respiratória coletadas de pacientes com sintomas de gripe serão rastreadas pela rede internacional de laboratórios de referência para influenza. Isso

dará mais velocidade ao processo de isolamento viral e a produção de vacinas (OMS, 2011).

A seguir, no Quadro 1 está exposta uma linha do tempo para elucidar melhor os fatos ocorridos.

Quadro 1 – Linha do tempo relativa aos principais eventos ocorridos durante a Pandemia de Influenza A (H1N1) 2009

Fase de Contenção

Março 2009	Abril 2009	Maio 2009
México observado o aumento de N º de casos de gripe – alguns surtos na região central do país (Veracruz, Tlaxcala e San Luis Potosí)	15 de abril México um caso de pneumonia atípica em uma mulher no estado de Oaxaca. Califórnia/ EUA Primeiro caso identificado laboratorialmente do H1N1 em um menino de 10 anos 17 de abril Califórnia/ EUA segundo caso confirmado e s/ ligação c/ o primeiro 23 de abril México comunicou a OPAS casos confirmados e identificados c/ a mesma cepa viral da Califórnia 24 de abril a OMS avisou o MS que iria deflagrar um alerta p/ ESPII, no mesmo dia o MS acionou o CIEVS e publicou uma nota sobre os casos nos EUA e México 25 de abril primeira reunião do Comitê Internacional de Emergência, a OMS declarou ESPII conforme RSI – Fase 3 O MS institui o Gabinete Permanente de Emergências em Saúde Pública – composto de órgãos públicos da saúde e outros 27 de abril alerta pandêmico de fase 3 para 4 Além dos Estados Unidos e México, surtos no Canadá e na Espanha A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publica Nota Técnica às Coordenações de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados dando orientações para o controle sanitário da Influenza A (H1N1) nos pontos de entrada 28 de abril Sete países com casos confirmados Agora, além de México, EUA e Canadá, a ANVISA irá monitorar a vigilância de casos suspeitos em viajantes	2 de maio a FAO/ OMS/ Codex Alimentarius declaram que a carne de porco e os produtos suínos manipulados sob as boas práticas de higiene não transmitem (H1N1) 4 de maio a ANVISA passa a adotar as mesmas recomendações para os veículos terrestres de transporte coletivo de passageiros nas fronteiras de maior movimentação 6 de maio Nota Técnica Nº5/2009 GGPAF – definição de caso suspeito febre >38^{0}C, tosse, E ter apresentado sintomas até 10 dias após sair de países afetados OU ter tido contato próximo, nos últimos 10 dias, com caso suspeito; Caso monitorado – procedentes de países afetados com febre e tosse OU procedentes de países não afetados nos últimos 10 dias, mas c/ sintomas de casos suspeitos; Os Resíduos sólidos gerados a bordo de TODOS os vôos internacionais devem ser considerados do grupo A ANVISA Autoriza a fabricação da vacina contra a Influenza A (H1N1)-RDC Nº18 7 de maio Laboratórios Fiocruz e Adolfo Lutz processam os primeiros resultados confirmados de 4 adultos jovens – dois de SP, um do RJ e um de MG, todos c/ histórico de viagem ao exterior recente 8 de maio 25 países confirmados,

	de voos provenientes da Espanha, Reino Unido e Nova Zelândia 29 de abril OMS eleva nível de alerta da pandemia para fase 5 30 de abril mudança da denominação de gripe suína p/ Influenza A (H1N1) Realizada videoconferência com representantes de 12 aeroportos do Brasil. Participaram: Receita, ANVISA, Vigiagro, Infraero e Polícia Federal objetivando a padronização de procedimentos.	incluindo o Brasil

Fase de Contenção		Fase de Mitigação	
Junho 2009	Julho 2009	Agosto 2009	Setembro 2009
3 de junho mudança na definição de casos suspeitos: febre >37,5^{0}C ainda que referida; excluída definição de casos monitorados 11 de junho Nível de alerta elevado da fase 5 para a fase 6 30 de junho óbito de uma menina, de 11 anos, em Osasco/SP, a esclarecer	6 de julho 122 países e territórios com casos confirmados, com 429 mortes Brasil registrava 680 casos de Influenza A (H1N1) e o seu primeiro óbito - um adulto jovem do estado do RS 16 de julho após investigação do caso da menina de Osasco, confirmado o primeiro caso autóctone pelo óbito por H1N1 Após a declaração de Transmissão Sustentada no país notificação compulsória imediata somente para SRAG	Suspensão temporária das propagandas de medicamentos antigripais e de alívio da gripe – RDC 43/2009 – durou até outubro de 2009	18 de setembro Brasil, Estados Unidos, Reino Unido, Nova Zelândia, Austrália, França, Itália, Noruega e Suíça doam doses de vacinas aos países mais necessitados

Fase de Mitigação			
Outubro 2009	Novembro 2009	Dezembro 2009	Janeiro 2010
Nova denominação p/ a Influenza A (H1N1), segundo a OMS: Influenza	24 de novembro Nota Técnica nº 12 /2009-GGPAF – suspensão da exigência da Declaração	Final de 2009 12.799 óbitos no mundo	1 de janeiro notificação e coleta de amostras somente p/ SRAG

Pandêmica (H1N1) 2009 Até 11 de outubro a OMS divulgou 399.232 casos confirmados e 4.735 óbitos	de Saúde do Viajante - DSV 29 de novembro 207 países e territórios, 8.768 óbitos		hospitalizados

2.3 – ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE INFLUENZA A (H1N1) 2009

Apesar de existir a versão mais atualizada do Plano Brasileiro para Enfrentamento de Pandemia de Influenza (Versão IV de 2010), e o Protocolo para enfrentamento da Influenza Pandêmica em Portos, Aeroportos e Fronteiras de 2010, o enfrentamento da Pandemia de Influenza A (H1N1) 2009 baseou-se no plano de 2006, que vigorava a época.

O Plano de 2006 reunia esforços de preparação para uma pandemia em grande parte baseados no cenário de uma grave doença humana causada pelo vírus H5N1, iniciada em 2003. Apesar das diferenças no planejamento de cenários e os reais da H1N1 de 2009, muitos dos sistemas estabelecidos por meio de planejamento para uma pandemia foram utilizados e úteis para a resposta à pandemia H1N1 de 2009 (CDC, 2010).

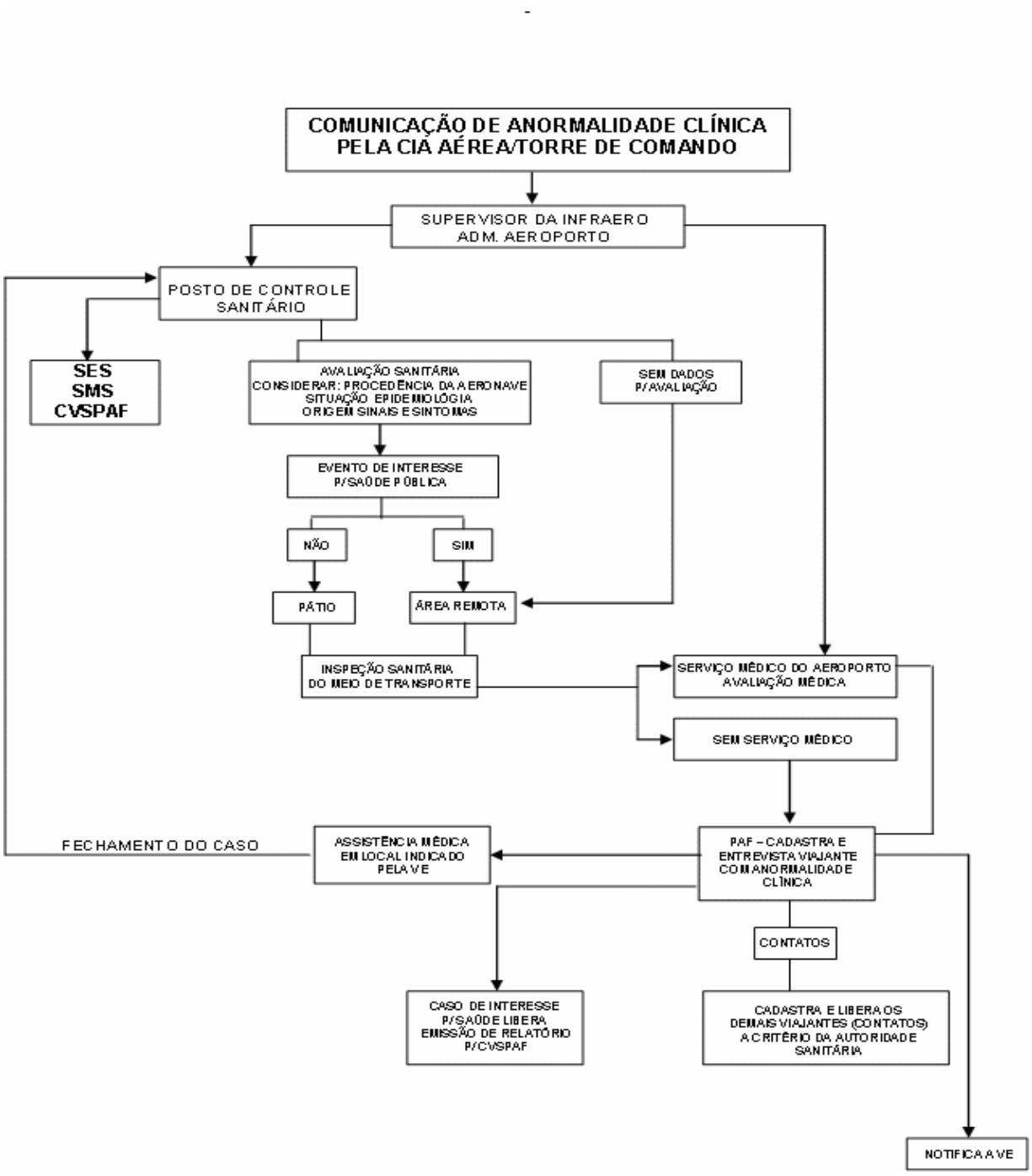
Países reunidos na Assembléia Mundial da Saúde de 2003 aprovaram uma resolução incentivando que todos os 192 países membros elaborassem planos de preparação que pudessem fazer frente a uma nova pandemia de influenza. Em 2005, a ANVISA, em conjunto com outros setores do Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, FIOCRUZ, além da

participação de outros setores governamentais e não-governamentais, elaboraram o Plano de Preparação Brasileiro para uma Pandemia de Influenza, sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde. Mas somente em maio de 2008 o Plano foi apresentado à OMS (ANVISA, 2008; Brasil, 2010b).

A ANVISA teve participação ativa no Grupo de Trabalho – GT, responsável pela montagem do Plano de Contingência para a área de Portos, Aeroportos e Fronteiras, cujo objetivo é minimizar o risco da introdução do vírus da influenza aviária de alta patogenicidade nos pontos de entrada do Brasil e acompanhar, avaliar e adequar as medidas sanitárias nessas mesmas áreas, relacionadas ao enfrentamento de uma potencial pandemia de influenza (Brasil, 2006b).

No plano foram definidas linhas de ação para avaliação, tomada de decisão, acompanhamento, implementação, comunicação e capacitação de profissionais. Foram priorizadas as atividades de controle sanitário de viajantes para a detecção precoce de casos e redução de uma possível transmissão, observando fluxos de procedimento para anormalidades clínicas a bordo dos meios de transporte. A Figura 2, a seguir, demonstra o fluxo para as anormalidades em aeronaves (Brasil, 2006b).

Figura 2 – Fluxo de Anormalidades em Aeronaves



Extraído de: Brasil, 2006b

Além das ações voltadas para a saúde dos viajantes e tripulantes, foram elencadas as ações para a infra-estrutura e os meios de transporte. Sendo priorizadas as ações de limpeza e desinfecção de ambientes, gerenciamento de resíduos sólidos, uso de equipamentos de proteção individual (EPI), e controle sanitário de produtos. É importante observar nesse plano que o uso do EPI, e particularmente da máscara, na área de aeroporto, se reporta aos operadores que executam a limpeza e desinfecção dos meios de transporte, dos profissionais envolvidos na inspeção sanitária ou no atendimento ao viajante com anormalidade clínica, e os profissionais de manutenção de sistemas de climatização. Interessante também observar nesse plano que todo o resíduo sólido, advindo de zonas afetadas, bem como os resíduos oriundos do atendimento de casos suspeitos ou confirmados de influenza, deve ser enquadrado na classe A1(risco biológico – resíduo infectante), devendo receber tratamento por processo físico, ou outro que reduza a sua carga microbiana, antes do destino final no meio ambiente (Brasil, 2006b).

A pandemia de Influenza A (H1N1) 2009 foi a primeira pandemia do século XXI, e o primeiro grande enfrentamento da saúde a nível mundial no novo século, ainda com péssimas lembranças das pandemias históricas antecessoras. Surgia como uma grande ameaça à saúde, acompanhada de muitas dúvidas que inevitavelmente geravam apreensões e boatos. Muitas foram as notícias que circularam a época da pandemia.

Segundo o Ministério da Saúde, durante a pandemia de H1N1 2009, foi traçada uma estratégia de comunicação. Coube à comunicação oficial do MS levar a informação sobre a pandemia à população. A interlocução com a imprensa (jornais, emissoras de rádio e TV de cobertura local, regional, nacional e internacional, sites de notícias e demais serviços de informação à população) priorizou dar visibilidade às ações adotadas pelo governo brasileiro. Por meio da mídia comercial de TV, rádio e materiais impressos (cartaz, folder, mobiliário urbano), o Ministério da Saúde divulgou mensagens abordando o assunto (Brasil, 2010b).

> O maior desafio para a saúde pública no século 21 é a comunicação. Os escândalos que surgiram foram realmente falhas de comunicação. H1N1 foi a primeira pandemia da era da Internet, a primeira pandemia com um ciclo de notícias 24 horas, a primeira pandemia com os seus próprios grupos de chat e listas de discussão, a primeira pandemia onde pudemos rastrear a propagação de um vírus ao redor do mundo em tempo real, o primeiro vírus da gripe pandêmica cujo genoma conseguimos decodificá-lo num piscar de olhos. O fato é que, apesar dos avanços na tecnologia das comunicações, as ferramentas que temos para responder à ameaça de uma pandemia, em potencial, continuam bastante primitivas: vacinas que levam meses para produzir, antivirais de uso limitado, (...) E quando espetar agulhas em pessoas é fácil, apaziguar os seus medos respondendo às suas perguntas é muito mais desafiador (PICARD, 2010).

Diversos países, frente à ameaça da pandemia, reagiram de forma discriminatória. China, Cuba, Peru, Argentina e Equador suspenderam os voos vindos do México. Nem os seus podiam retornar ao país. Os argentinos que estavam no México como não podiam voltar direto fizeram conexão em outro país qualquer e depois desembarcavam em Buenos Aires. Colômbia e Chile negaram seus estádios de futebol a equipes mexicanas. A ONU precisou repatriar mexicanos que foram trancados em quartos de hotel pelo governo chinês, que depois tentou se explicar dizendo que não podiam se arriscar a epidemias com uma população de quase 1,5 bilhão (Carvalho, 2009).

No Brasil, a Pandemia de H1N1 2009 foi dividida em duas fases epidemiológicas e operacionais distintas, a fase de contenção e a fase de mitigação. A fase de contenção aconteceu quando o vírus estava se disseminando no mundo, e os casos eram relacionados às viagens internacionais. As ações eram voltadas à vigilância, identificação de casos suspeitos, e à instrumentalização dos serviços de saúde visando proteger a população. Nessa fase as ações nos pontos de entrada (portos, aeroportos e fronteiras) do país são mais notadas. Epidemiologicamente essa fase

compreendeu o período de identificação dos primeiros casos suspeitos e o período da declaração da transmissão sustentada. O controle sanitário nesses pontos postergou a entrada do vírus H1N1 por 72 dias, enquanto outros países já registravam a transmissão sustentada. No entanto, segundo o Ministério da Saúde "não é possível impedir a entrada de agentes virais deste tipo em qualquer país e essas medidas são úteis, na fase inicial de uma pandemia, para propiciar tempo à rede de serviços para acumular conhecimento, adequar fluxos e orientar os usuários". Na fase de mitigação - período pós-confirmação de transmissão sustentada - é quando as ações visam reduzir a gravidade e a mortalidade pela doença, por meio do diagnóstico e tratamento dos casos graves (Brasil, 2010b).

A OMS recomenda a vacinação como a principal medida para prevenir a gripe e reduzir o impacto das epidemias. O Ministério da Saúde realizou a primeira campanha de vacinação contra o vírus da influenza pandêmica (H1N1) 2009 no dia 8 de março de 2010, com data marcada para terminar em 21/05/2010, quase um ano após a data de início da pandemia H1N1.

A estratégia nacional de vacinação, em 2010, contra o vírus influenza pandêmico A (H1N1) 2009 foi realizada em cinco etapas, e para grupos prioritários predefinidos. Assim estabeleceu-se: para os trabalhadores de saúde e população indígena no período de 18 a 19 de março (1ª etapa da estratégia); gestantes em qualquer idade gestacional foram vacinadas com vacinas sem adjuvantes, portadores de doenças crônicas, e crianças entre seis meses a menores de dois anos de idade com a 1ª dose, no período de 22 de março a 2 de abril (2ª etapa); população adulta entre 20 a 29 anos de idade no período de 5 a 23 de abril (3ª etapa); 2ª dose para as crianças com idade entre seis meses a menores de dois anos no período de 26 de abril a 7 de maio (4ª etapa); e para adultos de 30 a 39 anos de idade no período de 10 a 21 de maio (5ª etapa da estratégia). A vacina utilizada nessa estratégia foi do tipo monovalente contra a gripe A (H1N1) 2009, que conferia uma efetividade maior que 95%. As vacinas utilizadas foram adquiridas dos

laboratórios Glaxo SmithKline (GSK), Sanofi Pasteur/Butantan e Novartis. (Brasil, 2010c).

Em 2011, pela primeira vez, foram incluídos no público alvo da campanha anual, as gestantes (em qualquer fase da gravidez), as crianças de 6 meses a menores de 2 anos (1 ano, 11 meses e 29 dias) e os trabalhadores de saúde. Até o ano passado, a campanha era voltada para idosos (pessoas com 60 anos e mais) e indígenas, que continuam entre os grupos prioritários (OMS, 2011; Brasil, 2011).

Além das medidas de prevenção e controle divulgadas pelo Ministério da Saúde, descritas acima, a ANVISA (2009b), em maio de 2009, determinou que em todas as aeronaves que operassem voos internacionais fossem feitos o seguinte aviso sonoro a bordo, em português e inglês ou espanhol:

> Caso você apresente febre alta repentina (maior que 38º) e tosse, acompanhadas ou não de dores de cabeça, musculares, nas articulações e dificuldade respiratória, identifique-se à tripulação desta aeronave, para encaminhamento junto às autoridades sanitárias do Brasil. Preencha corretamente todos os campos da Declaração de Bagagem Acompanhada. Por meio dela é que as autoridades sanitárias do Brasil irão entrar em contato no caso de necessidade de medidas adicionais para proteção de sua saúde.

Segundo a ANVISA (2009b) o seguinte fluxo operacional foi determinado para as equipes de trabalho nos aeroportos:

No desembarque de passageiros:

Em caso suspeito a bordo: a aeronave, depois do pouso, deveria se dirigir à área remota do aeroporto. Equipes da ANVISA e da Infraero estariam posicionadas à espera com equipamentos de proteção individual (EPI): máscara (padrão N95 ou PFF2), óculos de proteção, luvas de procedimento e avental. O passageiro suspeito e os contactantes (que estão no entorno dele) recebiam máscara cirúrgica imediatamente.

Devendo ser preenchido o Termo de Controle Sanitário do Viajante (TCSV), suspeito e dos contatos próximos, em seguida, enviado por e-mail às autoridades sanitárias. As Declarações de Bagagem Acompanhada (DBA) de todos os viajantes desse voo eram retidas pela ANVISA, para o monitoramento das pessoas. O passageiro suspeito era examinado na ambulância e encaminhado ao hospital ou liberado, se a hipótese de contaminação fosse afastada.

Ausência de caso suspeito a bordo: “A equipe da ANVISA deveria se posicionar na porta da aeronave utilizando máscara cirúrgica e confirmar se o *speach* sonoro foi feito. Se nenhum passageiro se identificar como caso suspeito, começa o desembarque. A equipe da ANVISA ocupa o *finger* e cada passageiro que passa pelos agentes recebe o folder contendo orientações sobre a Influenza A.”

No embarque:

“Informação e orientação nos postos da ANVISA e também por meio de avisos sonoros em 3 línguas (português, inglês e espanhol) de 15 em 15 minutos em todos os ambientes do aeroporto. Alertas visuais também podem ser vistos nos monitores e telões da Infraero. Os panfletos estão sendo distribuídos nos *check-ins* e nos balcões de informação da Infraero e nas agências de turismo, entre outros locais do aeroporto.”

Segundo Baker et al (2010) mesmo quando as autoridades sanitárias montam uma vigilância rigorosa, é difícil o acompanhamento do estado de saúde dos passageiros, pois, uma vez sendo passageiros, logo que saírem do aeroporto será difícil localizá-los ou rastreá-los.

Durante os primeiros meses que deram início a Pandemia de Influenza A (H1N1), em decorrência da fiscalização, para conter a entrada da doença, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária reforçou o número de funcionários nos aeroportos de maior movimentação no país: Guarulhos, em São Paulo,

e Galeão, no Rio de Janeiro. Foi chamada a “força tarefa” [8]. Em Guarulhos, 82 funcionários se revezaram em três turnos de 8 horas cada: 34 profissionais da ANVISA e 48 profissionais cedidos pelo estado (ANVISA, 2009a).

[8] A responsabilidade de garantir o controle sanitário nos pontos de entrada oficiais é de competência federal, podendo ser complementada pelos estados e municípios, em conformidade com a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90) e ainda ter o apoio das Forças Armadas, conforme disposto na Constituição Federal e Leis complementares nº 97/1999 e nº 117/2004 (ANVISA, 2009a).

3 – OBJETO DE ESTUDO

O objeto deste estudo são as práticas sanitárias adotadas pela Vigilância Sanitária do Posto Aeroportuário de Guarulhos frente à pandemia de Influenza A (H1N1), caracterizada por uma situação de magnitude emergencial em saúde pública.

> Muitas são as possibilidades que inserem os objetos de ação da Vigilância Sanitária dentro de um contexto em que as potencialidades do risco à saúde individual e coletiva podem se apresentar em maior ou menor intensidade (Santos e Bittencourt, 2005).

4 - OBJETIVO

4.1- OBJETIVO

Conhecer, descrever e analisar as práticas sanitárias adotadas pela ANVISA, do Posto Aeroportuário de Guarulhos, frente à Pandemia de Influenza A (H1N1) 2009.

5 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

> A metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também, o potencial criativo do pesquisador (Minayo, 2004).

5.1 – CONCEPÇÃO DA PESQUISA

5.1.1 – Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, na perspectiva da pesquisa qualitativa, utilizando o enfoque no método da hermenêutica dialética como base para alcançar a interpretação dos dados.

As características inerentes ao tema e a complexidade do objeto de estudo indicam que a pesquisa se identifica com o nível exploratório[9], que de acordo com Gil (1995):

> Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil

[9] Durante a realização desse estudo percebeu-se a carência de trabalhos científicos que abordassem o tema de Vigilância Sanitária de aeroportos e epidemias. Foi identificado apenas um trabalho acadêmico, dissertação de mestrado sobre a epidemia de cólera no porto de Santos – Henriques (1992).

> sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis (Gil, 1995:45).

Pela pesquisa tratar do pensamento e ações de um grupo sobre determinado tema, ou seja, das ações tomadas frente à pandemia de Influenza A (H1N1) e o pensamento dos trabalhadores da Vigilância Sanitária a respeito dessas ações, procurou-se utilizar informações qualitativas, pois estas revelam valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (Minayo e Sanches, 1993).

E ainda, descritiva porque segundo Gil (1995), citado anteriormente, este tipo de pesquisa tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, o que vem de encontro com objetivo deste estudo, ou seja, compreender e descrever as práticas da Vigilância Sanitária.

5.2 – LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Posto Aeroportuário de Guarulhos, subordinado à Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegários - GGPAF da ANVISA.

O Posto Aeroportuário de Guarulhos da ANVISA é responsável pelas seguintes atividades: a orientação e o controle sanitário de viajantes; a elaboração de planos de contingência para situações de emergência e de risco para a saúde pública; a Autorização de Funcionamento de Empresas (AFE); anuência e isenção de produtos, insumos e da tecnologia a eles relacionados; o controle sanitário dos serviços ofertados; o gerenciamento de resíduos sólidos; o controle de vetores e reservatórios; o controle

sanitário da qualidade da água e do esgotamento sanitário, fazendo cumprir a Legislação Brasileira, o Regulamento Sanitário Internacional e outros atos subscritos pelo Brasil (ANVISA, 2008).

O Aeroporto Internacional de São Paulo/Guarulhos - Governador André Franco Montoro é considerado o mais movimentado da América do Sul. Dele partem e chegam vôos procedentes e com destinos a 27 países e 153 cidades nacionais e estrangeiras (INFRAERO, 2011).

No ano em que se iniciou a pandemia de Influenza A (H1N1) 2009 foram registrados 21,7 milhões de passageiros entre embarques e desembarques, e 351,7 milhões de toneladas de cargas (INFRAERO, 2011).

Com dois terminais de passageiros (TPS1 e TPS2) e um terminal de cargas, trata-se de uma verdadeira cidade aos olhos de quem trabalha lá, porém um mundo desconhecido do público.

O Aeroporto Internacional de São Paulo funciona 24 horas por dia, sete dias por semana. Algumas companhias aéreas operam com exclusividade no Aeroporto de Guarulhos. A comunidade aeroportuária de Guarulhos é formada por, aproximadamente, 1700 empresas prestadoras de serviços, que empregam um total de 28,2 mil profissionais. Estão incluídos nestas empresas 198 pontos comerciais. Entre os estabelecimentos de interesse à saúde encontraremos os de alimentos, medicamentos, cosméticos, limpeza e higiene de ambientes, abastecimento de água e posto médico. Além da ANVISA, outros órgãos públicos estão, providencialmente, instalados no aeroporto, tais como: as Polícias Federal, Militar e Civil; Receita Federal; Vigiagro do Ministério da Agricultura; Agência Nacional de Aviação Civil – ANAC; Juizado Especial do Tribunal de Justiça de SP; Secretaria de Esporte e Turismo; e a Infraero, empresa vinculada ao Ministério da Aeronáutica, que administra o aeroporto desde a sua inauguração, há 26 anos (INFRAERO, 2011).

Todos os aeroportos possuem balcões de *check-in*, espaços destinados a apresentação do passageiro, verificação e emissão do bilhete de passagem, e despacho de bagagens.

Todos os aeroportos internacionais possuem também uma alfândega, onde passageiros que saem ou entram no país têm suas mercadorias controladas.

É importante ressaltar que além dos passageiros e profissionais que trabalham no aeroporto, existem também as pessoas que acompanham os passageiros, seja para despedir destes quando da sua partida, ou para recebê-los nas suas chegadas. Ou mesmo pessoas que vão ao local por motivos diversos como passeio e entretenimento. Observa-se no Aeroporto Internacional de São Paulo/Guarulhos transitando pelos seus saguões, corredores, estacionamento e áreas comuns um grande número de pessoas.

Recentemente, em 14 de abril de 2011, o IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - fundação pública federal vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, emitiu uma nota técnica que aborda a situação dos aeroportos brasileiros, suas perspectivas e suas preocupações, visando o atendimento da demanda crescente e a realização da Copa do Mundo em 2014. As pesquisas realizadas pelo IPEA fornecem suporte técnico para os programas de desenvolvimento brasileiros e para a formulação das políticas públicas.

Segundo o estudo do IPEA, o Aeroporto de Guarulhos está numa situação crítica quanto à sua taxa de ocupação (2009-2010), acima dos 100% da sua capacidade. O estudo considera que o limite de eficiência operacional de um aeroporto é uma taxa de ocupação de 80% (IPEA, 2011).

O Aeroporto Internacional de São Paulo tem a capacidade avaliada para atender 20,5 milhões de passageiros/ano, portanto, 16,5 milhões de passageiros/ano dentro do limite de eficiência operacional de 80% da sua

capacidade. No entanto, operou no ano de 2010 com 130,4% de ocupação, ou seja, com 26,7 milhões de passageiros (IPEA, 2011).

5.3 – SUJEITOS DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por trabalhadores da Vigilância Sanitária da esfera do governo federal.

A esfera federal foi representada por profissionais da ANVISA do Terminal de Passageiros do Posto Aeroportuário de Guarulhos. Procurou-se realizar o estudo com os profissionais do TPS que atuaram no período do início da pandemia de Influenza A (H1N1), além dos profissionais responsáveis pela coordenação do Posto da ANVISA de Guarulhos, e pela chefia do Terminal de Passageiros. O número de sujeitos proposto correspondia a 14 profissionais plantonistas e nove diaristas. No entanto, uma funcionária se aposentou meses antes da coleta dos dados; um funcionário estava em licença médica; um estava em licença prêmio, mas quando retornou entrou em licença médica. Incluiu-se uma profissional que foi transferida do Terminal de Cargas para o Terminal de Passageiros, mas que na época da pandemia trabalhou integralmente no TPS.

Ressalta-se que o projeto foi apreciado e teve a anuência da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, através da GGPAF, e após, foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, tendo sido aprovado também nesta instância.

Os entrevistados receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), constando de esclarecimentos sobre o estudo, com solicitação para fornecimento de informações e autorização expressa

para a participação na pesquisa, conforme disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

As falas constantes das entrevistas individuais gravadas com o consentimento dos participantes foram, então, transcritas procedendo-se a análise.

5.4 – COLETA DE DADOS

Inicialmente, algumas situações deveriam ser enfrentadas no que se refere ao levantamento de dados. Primeiro como já relatado neste estudo havia pouco referencial bibliográfico com o tema Vigilância Sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, e epidemias. Não obstante, em 2009, havia uma enorme quantidade de notícias nas mídias, notas técnicas e documentos sobre a Pandemia de Influenza A (H1N1), que eram lançados ao público e aos profissionais da saúde num tempo fora de sincronização com o acontecimento dos fatos.

Diante dessa situação, procurou-se superar em parte os obstáculos, coletando os dados nas suas fontes, nos sites das instituições de interesse, tais como: Organização Mundial da Saúde – OMS; Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS; *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC; Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo - SES/SP; e outras instituições públicas.

O primeiro estudo foi o levantamento bibliográfico de publicações científicas na Biblioteca do Centro de Informação e Referência em Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e na Biblioteca

Central da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Seguido por um levantamento das notas técnicas, legislações e notícias. E, por último, foram feitas as entrevistas.

DOCUMENTOS, NOTAS TÉCNICAS E LEGISLAÇÃO

O material bibliográfico utilizado para estudo da legislação foi o seguinte:

- Regulamento Sanitário Internacional de 2005 – o objeto e âmbito deste Regulamento consistem em prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública à propagação internacional de doenças, de uma forma proporcional e limitada aos riscos para a saúde pública e que evite entraves desnecessários ao tráfego e comércio internacionais.

- Resolução RDC nº21, de 28 de março de 2008 - Dispõe sobre a Orientação e Controle Sanitário de Viajantes em Portos, Aeroportos, Passagens de Fronteiras e Recintos Alfandegados.

- Outras legislações foram consultadas ao longo da pesquisa, à medida que informações e dúvidas deviam ser esclarecidas, tais como: legislação da criação da ANVISA, da criação de carreiras e organização de cargos efetivos das agências reguladoras, entre outras.

Para melhor compreensão acerca das medidas de controle e prevenção da Influenza, ainda buscou-se informações nos seguintes documentos:

- Plano Brasileiro de Preparação para uma Pandemia de Influenza de 2006 (Brasil, 2006b);

- Guia Prático para o Controle Sanitário de Viajantes (Brasil, 2005b);

- Guia de Vigilância Epidemiológica (Brasil, 2009b);

- Protocolo para Enfrentamento da Influenza A (H1N1) em Portos, Aeroportos e Fronteiras de 2010 (Brasil, 2010d);

- Informes técnicos e epidemiológicos do Ministério da Saúde.

ENTREVISTAS

Quando se emprega o método de análise qualitativo - uma das melhores formas, mas não a única de coleta de dados - são as entrevistas, capazes de permitir a captação das concepções dos sujeitos sobre as práticas do seu trabalho. Conforme Minayo (2004), com a entrevista, podem ser obtidos dados que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, isto é, suas atitudes, valores e opiniões. São informações do nível mais profundo, ou seja, mais “subjetivas”, só conseguidas com a contribuição dos atores sociais envolvidos.

A coleta de dados por meio das entrevistas foi realizada, no período de janeiro a março de 2011, no próprio TPS, em local e horário de trabalho disponibilizado pela substituta responsável pelo Posto Aeroportuário de Guarulhos da ANVISA.

Foram empregadas entrevistas semi-estruturadas individuais (Apêndice 2). As entrevistas semi-estruturadas são aquelas em que o entrevistado responde a perguntas fechadas e abertas, sobre o tema proposto, sem respostas prefixadas pelo pesquisador.

Segundo Minayo (2004) o que torna a entrevista instrumento privilegiado na coleta de informações, é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de ser um porta voz capaz de transmitir as representações de um grupo determinado. Através da comunicação verbal as pessoas refletem e retratam conflitos e contradições.

NOTÍCIAS IMPRESSAS E DIGITAIS

Uma das formas de se atualizar sobre os acontecimentos políticos, econômicos, culturais e sociais é por meio das notícias. As notícias trazem também informações sobre a avaliação da sociedade, seus medos, preocupações, anseios, críticas e repercussões. Consideram–se aqui as

notícias impressas em jornais e revistas, e os boletins eletrônicos, em portais e web sites.

DIÁRIO DE CAMPO

No diário de campo foram registradas informações sobre as observações da pesquisadora, tais como a exploração do campo, a descrição da estrutura física do local de estudo, do tempo gasto, dos recursos materiais, das instalações e movimentação dos trabalhadores.

5.5 – ANÁLISE DE DADOS

Considerando o objetivo do presente estudo, ou seja, compreender as práticas sanitárias adotadas pela ANVISA frente à Pandemia de Influenza A (H1N1) 2009, como método para a interpretação das entrevistas, optou-se pela hermenêutica dialética, fazendo uso de uma abordagem interpretativa reconstrutiva das falas dos entrevistados.

Nesse enfoque, a análise interpretativa como forma de compreender a realidade da prática exercida, sobrepujou a forma de explicar. Pensando qualitativamente, o estudo foi concebido longe de descrições minuciosas dos ambientes e das ações executadas, mas sim buscando o conhecimento mais profundo da realidade experienciada pelos trabalhadores da Vigilância Sanitária, no TPS de Guarulhos, frente à pandemia de H1N1 2009.

A abordagem dialética justifica-se fundamentalmente por considerar o conteúdo da investigação desta pesquisa sob o aspecto do processo histórico das relações sociais.

> Minayo (2004) defende que a abordagem dialética é a mais fecunda para analisar os fenômenos históricos, e como a que melhor responde às necessidades da pesquisa social, que vinculam a teoria à prática, sobretudo no campo da saúde, onde a realidade apela de forma tão existencial e imediata.

Ainda, segundo Minayo (2004), a união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem), ambos, frutos de diversas determinações, mas com significados específicos. É considerado pela autora o método mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade

No enfoque da pesquisa qualitativa, a abordagem dialética suscita a discussões, e a hermenêutica como reflexão, um compreender.

A análise do material coletado considerou as três finalidades apontadas por Minayo (2004): a primeira é heurística, isto é, insere-se no contexto da descoberta através da busca no próprio material coletado; a segunda é a de "administração de provas" pelas quais, hipóteses ou achados se confirmam ou levantam-se outros; e a terceira que é a de ampliar a compreensão de contextos culturais com significações que ultrapassem o nível espontâneo das mensagens.

Construiu-se o plano de análise das informações da seguinte forma: as informações (legislações, documentos, entrevistas, referências bibliográficas) foram organizadas, descritas e analisadas. O critério de relevância baseou-se na importância da temática para o objetivo do estudo. Procurou-se organizar as informações de modo que os achados retratassem o enfrentamento da pandemia pelos profissionais da Vigilância Sanitária, sendo analisadas de forma que fossem cotejadas entre o real e o teórico.

Foi feita uma leitura transversal e, de posse das categorias analíticas estabelecidas anteriormente, foram criadas as categorias empíricas. As categorias analíticas foram teoricamente preestabelecidas. Conforme Minayo (2004), as categorias analíticas são aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais, e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais. Consideraram-se como categorias analíticas nesse estudo além de todo o balizamento teórico da construção da Vigilância Sanitária, também, as representações sociais.

As representações sociais são definidas nas Ciências Sociais como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na. Alguns clássicos da sociologia como Durkheim, Weber e Marx foram os que mais trabalharam as relações sociais. Muitos são os pontos em que coincidem as ideias desses autores, no entanto, a sua divergência é fundamental. Neste estudo procurou-se utilizar a abordagem weberiana sobre representações sociais. Para Weber os indivíduos é que são portadores de valores e de cultura que informam a ação social dos grupos (Minayo, 2004).

As categorias empíricas, ainda conforme Minayo (2004) são aquelas construídas com finalidade operacional visando o trabalho de campo ou a partir dele. Elas têm a propriedade de apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica.

As categorias empíricas que emergiram da análise das falas das entrevistas e dos dados teóricos foram: Trabalho, Comunicação e Intersetorialidade.

1. Trabalho da Vigilância Sanitária é aqui representado pelo conhecimento, por parte dos sujeitos da pesquisa: dos seus objetivos e reais papéis; do comprometimento baseado no caráter de relevância pública; no caminho trilhado, durante a pandemia de Influenza A (H1N1) 2009.

2. A *Comunicação*, baseada no repasse da informação à sociedade sobre as medidas de controle e proteção da saúde contra a Influenza A (H1N1), como também, de orientações aos funcionários da Vigilância Sanitária.

3. A *Intersetorialidade*, representada pelas condições de viabilização das ações de Vigilância Sanitária em conjunto com outros organismos públicos e privados, durante a pandemia de Influenza A (H1N1) 2009.

A relação de imbricação entre as categorias empíricas e o referencial teórico leva a busca das relações dialéticas entre ambas.

6 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

As informações contidas a seguir abordam como se constituiu a prática da Vigilância Sanitária no Posto Aeroportuário de Guarulhos, frente à Pandemia de Influenza A (H1N1), resultado da investigação nas fontes documentais e depoimentos dos entrevistados.

6.1 – QUEM SÃO OS SUJEITOS DA PESQUISA

O número de profissionais destacados para executar todas as atividades de Vigilância Sanitária do TPS de Guarulhos vem sofrendo uma gradual diminuição, tendo como causa o desligamento de alguns trabalhadores por vacância (falecimento ou aposentadoria). Ademais, há de se considerar aqueles que já estão prestes a se aposentar, com processos de requerimento protocolados, e a falta de previsão de novas contratações, por meio de concurso.

As atividades como já descritas anteriormente, merecem ser novamente destacadas: a orientação e o controle sanitário de viajantes; a elaboração de planos de contingência para situações de emergência e de risco para a saúde pública; a Autorização de Funcionamento de Empresas (AFE); o controle sanitário de produtos e serviços ofertados; o gerenciamento de resíduos sólidos; o controle de vetores e reservatórios; o controle sanitário da qualidade da água e do esgotamento sanitário, entre outras ações relacionadas ao cumprimento das normas ou de caráter preventivo (ANVISA, 2008).

Diante de todas essas atividades administrativas e técnicas da Vigilância Sanitária, não parece também, ser redundante, enfatizar a grande estrutura do Aeroporto de Guarulhos, com uma movimentação de 15.700 passageiros internacionais/dia e 110 pousos internacionais/dia (CCD SAÚDE/SP, 2010).

E ao confrontarmos essa quantidade, com as atribuições desses trabalhadores, e a grande movimentação do Aeroporto Internacional de São Paulo, temos uma situação de desafio para o cumprimento das tarefas estabelecidas.

Quando da coleta dos dados, dentro dos critérios de inclusão, estavam presentes 21 profissionais. No entanto, três gravações foram descartadas por motivos técnicos, totalizando, então, o número de 18 entrevistas.

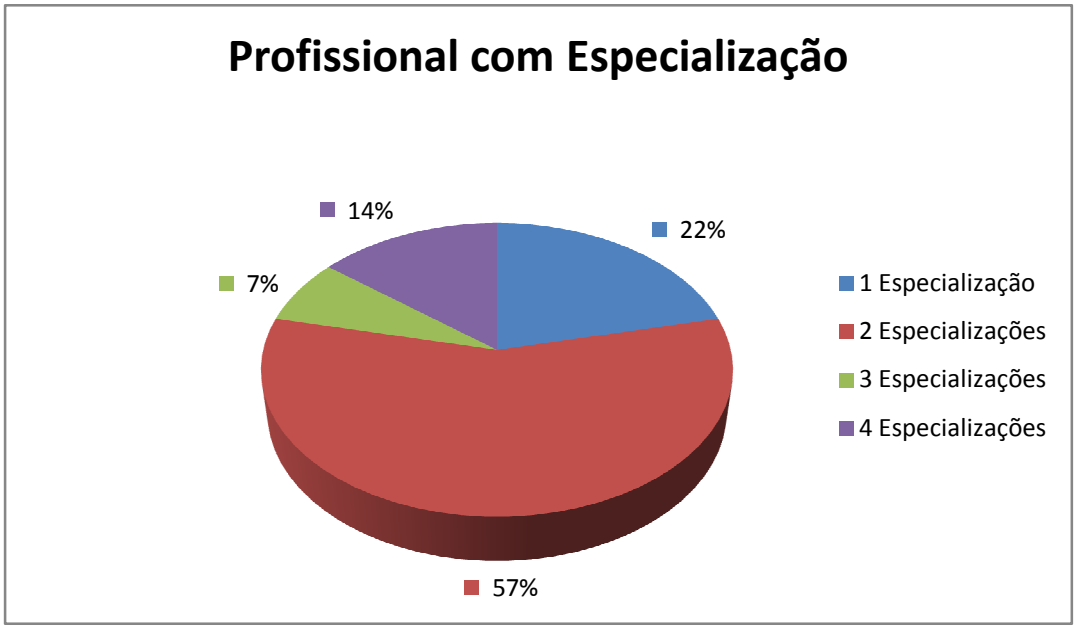
Os dados seguintes dizem respeito aos 18 profissionais, do Terminal de Passageiros do Posto Aeroportuário da ANVISA em Guarulhos, sujeitos dessa pesquisa.

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhadores da ANVISA do Terminal de Passageiros do Posto Aeroportuário de Guarulhos/SP por categorias profissionais, janeiro a março de 2011.

Categoria	N	%
Agente Administrativo	2	11%
Auxiliar de Enfermagem	1	6%
Auxiliar Operacional de Serviços Diversos	1	6%
Enfermeiro	13	72%
Médico	1	6%
Total	**18**	**100%**

Por meio da Tabela 1 pode-se observar a formação profissional, com destaque para a alta representatividade dos enfermeiros, e a pouca diversidade de outras categorias funcionais da área da saúde.

Figura 3 - Quantidade de especializações por profissionais da ANVISA do Terminal de Passageiros do Posto Aeroportuário em Guarulhos/SP, de janeiro a março de 2011.

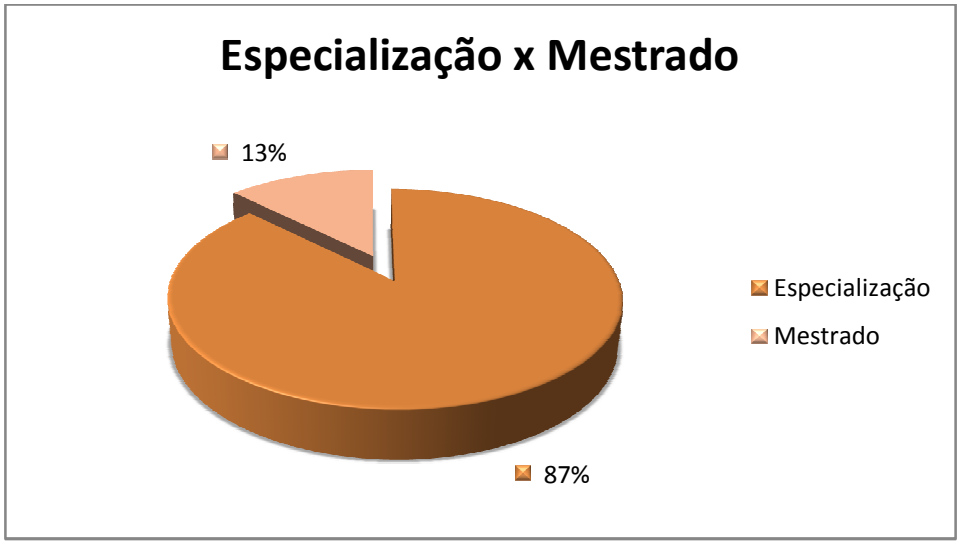


Por meio dessa pesquisa pôde-se constatar que quase a totalidade dos profissionais do Quadro Específico, apresentou maior grau de escolaridade do que o ensino superior exigido para o cargo de Especialista em Regulação[10] e Vigilância Sanitária da ANVISA.

[10] Especialista de Regulação é uma carreira de estado criada para o quadro próprio das autarquias federais. Lei nº 10.871, de 20 de maio de 2004, dispõe sobre a criação de cargos efetivos das autarquias especiais denominadas Agências Reguladoras, e dá outras providências. Para a investidura no cargo de Especialista em Regulação e Vigilância

Assim, todos os 14 profissionais de nível superior possuem pós-graduação na área da saúde. A maioria (57%) com duas especializações, 22% chegou a fazer uma especialização, pelo menos, e outros com até quatro (14%), o que demonstra a alta capacidade técnica destes profissionais (Fig. 3).

Figura 4 – Percentual de trabalhadores da ANVISA do Terminal de Passageiros do Posto Aeroportuário de Guarulhos/SP, por tipo de formação em pós-graduação, janeiro a março de 2011.

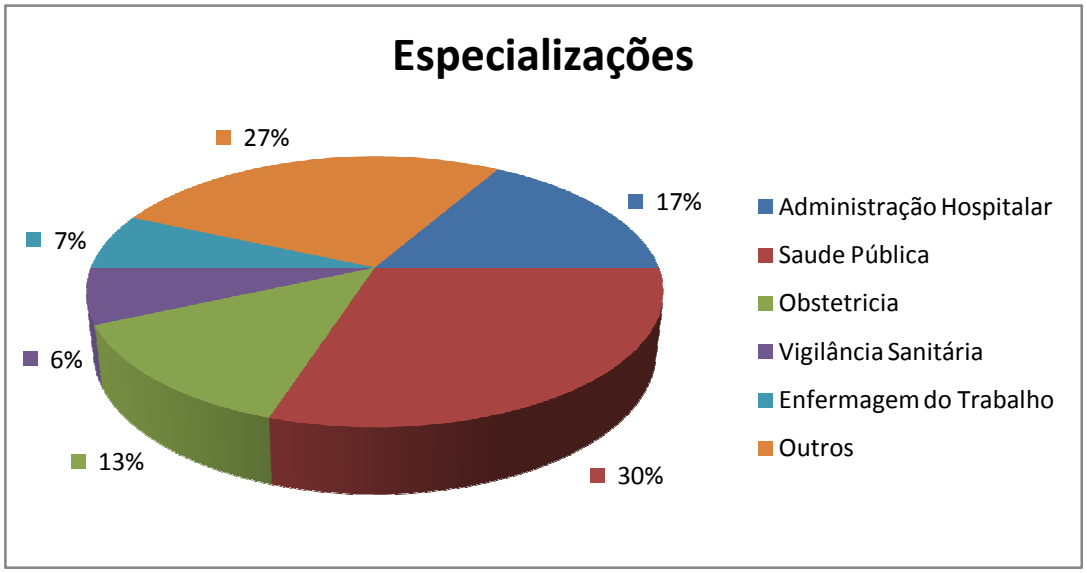


O Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária, de 2004, já refletia, a nível nacional, a mesma situação encontrada, por meio desse estudo, no Posto Aeroportuário de Guarulhos, ou seja, um alto percentual de profissionais de nível superior com algum tipo de pós-graduação. No Censo Nacional, a modalidade de pós-graduação *lato sensu* mais frequente foi a especialização (86,1%). Na modalidade *stricto sensu,* observa-se entre

Sanitária, o concurso de 2004, da ANVISA, exigiu somente a formação em nível superior (ANVISA, 2009a).

os trabalhadores 8,7% com grau de mestrado (BRASIL, 2005a). Na ANVISA do TPS de Guarulhos a situação é semelhante (Fig. 4).

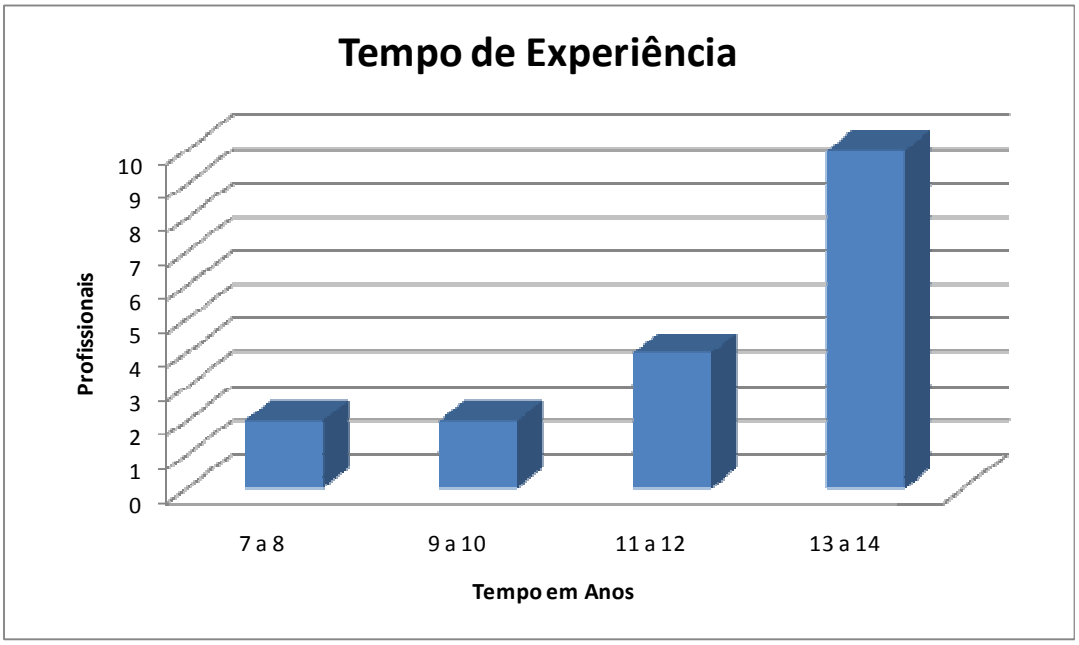
Figura 5 – Frequência dos Trabalhadores da ANVISA do Terminal de Passageiros do Posto Aeroportuário de Guarulhos/ SP, por tipo de área de formação em especialização, de janeiro a março de 2011.



A maior parte das especializações é na área da Saúde Pública (30%), sendo que a área de Vigilância Sanitária é a menos expressiva com 6% (Fig.5). Possivelmente porque como área específica de pós-graduação, é tida como algo bem recente no país (Brasil, 2005a). O pequeno desenvolvimento da área no ambiente acadêmico significa insuficiente sistematização dos referenciais teórico-conceituais e técnico-científicos que sustentam as práticas da Vigilância Sanitária (Costa, 2005). Observa-se também que alguns cursos de pós-graduação em Saúde Pública contemplam linhas de pesquisa em Vigilância Sanitária, como no caso da

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Faculdade de Saúde Publica, 2011).

Figura 6 – Frequência dos trabalhadores do Terminal de Passageiros da ANVISA, do Posto Aeroportuário de Guarulhos, por tempo de atuação em vigilância sanitária. São Paulo, 2011.



O tempo de atuação em vigilância sanitária dos profissionais do TPS, do Posto Aeroportuário de Guarulhos, da ANVISA, varia de 7 a 14 anos, sendo que 55,5% possuem entre 13 e 14 anos. O que se pode inferir com esse resultado é que existe uma alta probabilidade de acúmulo de conhecimentos por meio das experiências. Segundo o Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária, de 2004, ao se considerar um tempo de atuação inferior a cinco anos, é possível se consubstanciar uma situação-problema na construção do conhecimento e na estruturação do processo de trabalho em VISA, que requer tempo para a articulação

sistemática entre concepção e experiência laboral, face à abrangência e à complexidade do campo (Brasil, 2005a).

Também se observa no grupo do TPS o baixo quantitativo de trabalhadores com recentes cursos de atualização. Apenas oito relataram terem feito atualizações adequadas às necessidades profissionais da Vigilância Sanitária, nos últimos três anos, 2009, 2010 e 2011. Destes que relataram, três fizeram o Curso de Resposta Imediata em Situações de Emergência – CRISE; dois participaram do SAGARANA – capacitação no novo sistema de gestão de riscos em portos, aeroportos e fronteiras; um profissional fez um curso sobre Influenza A (H1N1) à distância; um fez uma capacitação em vigilância de alimentos; e outro em importação de medicamentos biológicos. Outros três trabalhadores concluíram, nesse mesmo período, cursos de atualização, porém, em áreas direcionadas à assistência à saúde. Dois trabalhadores relataram terem feito há muito tempo alguma atualização. E cinco trabalhadores do grupo ou não lembram, ou não citaram nenhum curso.

O detalhamento desse aspecto observado nos trabalhadores da ANVISA se faz necessário, uma vez que, as atividades desempenhadas por esses profissionais requerem um constante e consistente desafio de saber atualizado, para o enfrentamento das mudanças impostas pelo mundo globalizado, já apontado nesse estudo.

Todos os 18 profissionais que representam a população do estudo pertencem ao Quadro Específico da ANVISA, ou seja, são servidores cedidos pelo Ministério da Saúde à agência. Durante a coleta de dados, pôde-se observar o remanejamento de um Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária do Terminal de Cargas para o Terminal de Passageiros. A inclusão de um funcionário do Quadro Efetivo indica que o esforço no fortalecimento da força de trabalho da ANVISA, por meio de uma nova estratégia de Política de Recursos Humanos não tem demonstrado avanços no TPS de Guarulhos. A maioria dos funcionários do TPS é do Quadro

Específico. Apesar do Quadro Efetivo das Agências Reguladoras ter sido criado há sete anos, pela Lei 10.871/04, e ter havido concurso público para a ANVISA, no ano de 2004, para o cargo de Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária.

6.2 - A PANDEMIA DE INFLUENZA A (H1N1) 2009 E O TRABALHO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO POSTO AEROPORTUÁRIO DE GUARULHOS

Os dados coletados em campo possibilitaram o aprofundamento da discussão sobre a prática da Vigilância Sanitária diante de uma situação de emergência em saúde.

Para a compreensão desse estudo, a construção das três categorias empíricas – Trabalho, Comunicação, Intersetorialidade - permitiu resgatar junto às falas dos profissionais pesquisados a prática vivenciada durante a pandemia de Influenza A (H1N1) 2009.

6.2.1 - O Trabalho

As percepções sobre o trabalho puderam ser captadas a partir da primeira pergunta norteadora do Roteiro de Entrevista (APÊNDICE 2) feita pela Pesquisadora.

“Você poderia descrever, em detalhes, como é a sua rotina de trabalho na VISA?”

A seguir algumas das respostas:

“(...) nossas atividades são de controle sanitário de viajantes, de toda a infra-estrutura aeroportuária, que inclui controle de vetores, estabelecimentos que fornecem alimentos, serviços de saúde (...)”

“(...) inspeção da água, não só de transporte e fornecimento para a aeronave, como a água fornecida pelo aeroporto, lixo, resíduo sólido, desde a geração até a destinação final, não chegando à destinação final, mas a destinação temporária (...)”

“(...) esquifes, os traslados nacionais e internacionais que surgem, e as bancadas, que é o pessoal da Receita Federal que chama a gente para estar avaliando alguma bagagem acompanhada, que o passageiro trouxe e que seja de interesse. Então é medicamento, é equipamento médico, é algum produto já industrializado (...)”

“(...) As pessoas trazem coisas que a gente nem imagina que venham nas bagagens, nem que existam (...)”

“(...) a gente tem também uma parte que equivale ao licenciamento, que é a Autorização de Funcionamento para Empresas que operam na área aeroportuária (...)”

“(...) a emissão do Certificado Internacional de Vacinação, que a gente chama de CIV, tem o Centro de Orientação ao Viajante, que não só emite o CIV, mas também deve fornecer informações de saúde (...)”

“(...) demanda de denúncias, então agora, estamos aí com o Japão, com a situação da crise nuclear deles (...)”

“(...) atendimento e importação para o Ministério; atendimento de importação não prevista em legislação, como se trata essa questão; demanda de emergência (...)”

As respostas demonstram e confirmam o universo cada vez mais abrangente em que se inserem as práticas de Vigilância Sanitária, configurado por um conjunto de ações e de objetos de controle de riscos, de natureza variada (Costa, 2001; Vecina Neto et al, 2009).

Das falas foi possível observar as ações e os instrumentos, mais repetidas vezes indicados, na ação de controle sanitário, que são descritos a seguir:

As ações de Vigilância Sanitária, no Aeroporto de Guarulhos, na Pandemia de Influenza A (H1N1) 2009:

- Monitoramento das aeronaves;
- Vigilância dos casos suspeitos;
- Notificação dos casos suspeitos;
- Orientação dos passageiros nos embarques e desembarques sobre as medidas de prevenção e controle da H1N1;
- Orientação da comunidade portuária sobre as medidas de prevenção e controle da H1N1;
- Disponibilização de impressos e cartazes sobre a Influenza A (H1N1) 2009;
- Orientação quanto ao uso e disponibilização de EPIs e álcool gel;
- Encaminhamento dos casos suspeitos ao Posto Médico do aeroporto ou aos hospitais de referência;
- Retenção das Declarações de Bagagem Acompanhada e das Declarações de Saúde de Viajante preenchidas pelos passageiros para eventual busca de contatos;
- Emissão do Termo de Controle Sanitário de Viajantes (TCSV), diante da identificação de casos suspeitos ou casos para monitoramento;

- Checagem do *speach*, informe sonoro que deveria ser veiculado pelas empresas aéreas, sobre os sintomas da doença, a bordo das aeronaves de voos internacionais e domésticos;
- Coordenação, supervisão e orientação dos profissionais destacados para a Força Tarefa;
- Gerenciamento dos resíduos sólidos gerados a bordo das aeronaves provenientes do exterior como sendo do grupo A (resíduos infectantes);
- Orientação e fiscalização das medidas de limpeza e desinfecção das aeronaves e da ambulância utilizada no transporte do caso suspeito.

Os meios/ instrumentos de trabalho utilizados pelos funcionários da Vigilância Sanitária foram:

- Roteiros de inspeção, fichas de notificação, autos/ termo, boletins epidemiológicos e notas técnicas, principalmente para a atualização dos trabalhadores da VISA;
- Intranet e internet;
- Telefone, fax, copiadoras;
- Impressos/cartazes.

A demanda previsível e programada, respondida na primeira questão, representa quase que a totalidade das atuações em VISA de aeroportos. Quase, porque não são somente essas, senão fossem como destaca Costa (2001), as exigências do mundo atual em constante movimento (globalização dos riscos) que adicionam riscos a cada tempo (eventos, e doenças emergentes e reemergentes), exigindo do corpo técnico da VISA do TPS de Guarulhos, um dinamismo grande, um capacitar-se, e um replanejamento da ordem, antes instituída.

A segunda questão norteadora da entrevista busca informações das ações executadas pelos trabalhadores frente à pandemia de H1N1.

“Como foram as suas atividades durante a pandemia de Influenza A (H1N1)?”

O primeiro ponto que chama a atenção, tanto nas entrevistas como no Quadro 1 Linha do Tempo, está relacionado ao alerta de uma emergência sanitária. Tudo o que envolve desde o rumor de uma ameaça de risco sanitário, com proporções internacionais - daí a importância do aeroporto, como porta de entrada - até o momento de deflagrar as ações para aquela que seria a situação preparada em um plano nacional de enfrentamento.

Conforme relatos dos trabalhadores, a notícia sobre a Influenza A (H1N1) foi uma surpresa para todos. A despeito da OMS, em 24 de abril de 2009, ter comunicado o Ministério da Saúde, que iria deflagrar um alerta em ESPII. E no mesmo dia o MS ter acionado o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS, e publicado uma nota sobre os casos ocorridos no México, a Vigilância Sanitária do Aeroporto de Guarulhos não tinha conhecimento do fato.

A estrutura do Plano Brasileiro de Preparação para Enfrentamento da Influenza, versão de 2006, vigente na época da Influenza A (H1N1) 2009, descreve as responsabilidades e atividades que deveriam ser desenvolvidas por cada esfera de governo, em cada fase da vigilância de influenza. No entanto, o plano foi elaborado com enfoque na influenza do tipo aviária. Exemplificando, entre uma das ações de vigilância de portos, aeroportos e fronteiras está descrita no plano a: “Sensibilização dos públicos que viajam para as regiões do Sudeste Asiático de onde se suspeita deve surgir a cepa pandêmica” (Brasil, 2006b).

Para a adoção de medidas de controle sanitário nos aeroportos o Plano, de 2006, definiu linhas de ação para avaliação, tomada de decisão, acompanhamento e implementação de medidas sanitárias, considerando os períodos interpandêmico, de alerta pandêmico e pós-pandêmico e suas fases de evolução.

Atenta-se para o fato do plano não informar o fluxo de repasse das informações, a responsabilidade de a quem avisar, a maneira de se avisar, e o momento em que a Vigilância Sanitária dos portos, aeroportos e fronteiras receberia a informação.

Em busca de informações no atual Plano Brasileiro de Preparação para Enfrentamento de uma Pandemia de Influenza (Brasil, 2010d), percebe-se como responsabilidade da ANVISA, a tarefa de informar à Receita Federal, com antecedência mínima de 24 horas, as rotas, as linhas e os vôos classificados como de risco para a entrada de casos suspeitos, em função da sua origem, escalas e conexões envolvidas, a fim da seleção das bagagens acompanhadas para inspeção. Mas não se encontra no novo plano, assim como no antigo, descrição pormenorizada sobre o fluxo de informação. Se a Receita Federal, que não tem como seu objetivo principal o controle sanitário, deve ser avisada em até 24 horas, é plausível que a VISA dos portos, aeroportos e fronteiras, dada a sua posição estratégica para a prevenção de pandemias, inerente ao seu objeto de ação, deva, então, ser imediatamente informada.

A partir do momento que não se sabe o que está acontecendo, e que o referencial que se tem – o Plano Brasileiro de 2006 – não retrata a emergência enfrentada, a primeira observação que se faz, quando os primeiros sinais de ameaça da nova influenza aportavam no país, refere-se à dúvida da operacionalização das ações. Abaixo estão transcritos alguns relatos que corroboram estes aspectos:

"(...) ela estava atendendo e veio um viajante e falou assim: 'Escuta, você sabe falar alguma coisa dessa gripe que está tendo lá no México e está todo mundo desesperado? ' E ela veio falar comigo e eu disse: 'eu não, e liguei para o CVE: Não! ' (...)"

"(...) foi buscar na OMS essa informação. (...) e tinha lá, tinha ruídos de informações ainda básicas, mas que já existiam. Aí, eu sei que naquele dia a gente já notificou o posto médico para ficar alerta, aliás, na OMS saiu o

alerta de surto de uma doença de interesse de saúde pública e já falando de Influenza H1N1. (...) Naquele dia, no começo da noite, o Ministério soltou uma nota, mas a nossa ação aqui foi anterior a isso (...)"

"(...) Na verdade, a gente não sabia coisas assim, qual era o risco, qual era a letalidade desse risco. Que tipo de EPI você deveria usar, a quantos metros você deveria se manter, o tipo de barreira, como isolava como trabalhava com relação a essas coisas (...)"

"(...) A gente não tinha um plano de contingência para um evento de saúde pública. A gente tinha um plano de contingência para a Influenza Aviária, que a gente deu uma adaptada, mas não foi uma coisa assim tão rápida, e o plano de contingência da Influenza Aviária era um plano que ainda não tinha sido executado (...)"

Depois, sabendo-se tratar da Influenza A (H1N1) por meio das Notas Técnicas, emitidas pelo MS, porém, sem ter conhecimento específico de como aquele vírus se comportaria, mesmo assim, medidas de contenção deveriam ter sido tomadas com respeito à estrutura física do Aeroporto Internacional de São Paulo/ Guarulhos; o uso de EPI; o monitoramento das aeronaves; da retenção das Declarações de Bagagem Acompanhada (DBA) e Declarações de Saúde do Viajante (DSV) preenchidas pelos passageiros; ao encaminhamento dos casos suspeitos identificados ao posto médico e/ou hospital de referência; à notificação à Vigilância Epidemiológica.

As falas a seguir estão relacionadas à organização do trabalho, à determinação de fluxos de procedimentos, recursos materiais e à estrutura física.

"(...) O nosso fluxo a gente estabeleceu. Já existe, até, mas a gente criou, discutiu, enfim, foi fazendo à medida que dava. Agora, o problema é de espaço físico mesmo. Espaço do aeroporto. Então, você imagina naquele período, pegar ficha, distribuir ficha... No desembarque formavam filas (...)"

“(...) ‘Gente, nós temos que fazer uma rotina, não dá para trabalhar desse jeito. Porque todo dia tem gente nova aqui, então vamos sentar... ’ Aí a gente começou a colocar no papel algumas coisas e uma coisa que ficou muito sentida foi que toda a experiência que a gente teve antes de SARS e de Influenza Aviária, nada disso foi levado em conta. Começou-se tudo do zero (...)”

“(...) A primeira dificuldade que a gente teve foi EPI e álcool gel. Foi a primeira coisa que saiu que a gente precisava ter luva e máscara, e a gente não tinha em quantidade suficiente (...)”

“(...) A gente já tinha que ter EPI disponível... De um dia para o outro a gente conseguiu álcool gel e máscara para atender. Máscara a gente conseguiu com os hospitais da região, com doação, com empréstimo, etc. E nisso, a Polícia não tinha, a Receita não tinha, e todo mundo tinha que usar a máscara, daí as nossas doadas nós tivemos que emprestar (...)”

“(...) a gente tinha que ter isso quando teve a notícia. Era para já ter o EPI aí. Não tinha que correr atrás de hospital e ver se servia (...) se você tivesse o plano e estivesse estruturado. Ele é de contingência e é prevendo isso (...)”

Apesar de se reconhecer a complexidade da operacionalização daquela ação, no maior aeroporto do país, com aquele número reduzido de funcionários e na velocidade que a doença evoluía no planeta, as falas demonstraram deficiência na infra-estrutura e dificuldades em ações básicas de enfrentamento em caso de emergência.

De acordo com De Seta e Lima (2006), toda a organização é constituída para alcançar objetivos que respondem a uma demanda da sociedade. Os objetivos definem o trabalho na organização. Eles, também delimitam as ações, os conhecimentos, métodos e técnicas a serem utilizados, assim como as interações a serem estabelecidas com outras organizações.

“Em síntese, quando os objetivos estão definidos, sabemos o que produzir, em que quantidade, com qual qualidade, para qual clientela e em que tempo, considerando as demandas ambientais” (De Seta e Lima, 2006).

Outra abordagem que as falas dos sujeitos da pesquisa demonstraram, com relação à operacionalização do trabalho, foi a ausência de percepção, por parte dos passageiros, da importância e necessidade das ações da Vigilância Sanitária, demonstradas muitas vezes pela incompreensão do conceito de Relevância Pública que é atribuído constitucionalmente a VISA.

“(...) Fui lá para o TPS1, fiquei lá na porta dos aviões. É outra coisa que eles também não gostam, te desacatam, xingam, escrevem... Até escreviam bilhetinho... Éramos muito xingados, o tempo todo. Primeiro porque essa área aqui é muito pequena. Não sei se você viu. Então a reclamação era assim: ‘Vocês não querem que a gripe não se espalhe? Não é para evitar ambientes aglomerados? Olha esse negócio aqui! (...)”

“(...) Outra dificuldade grande é você estar aqui para tentar pegar esses dados das pessoas e, ao mesmo tempo, as pessoas culpavam a gente por esse burburinho. A gente era vaiado, a gente era xingado: ‘Vocês estão falando da doença e a gente tudo aqui parado! ’(...)”

“(...) Tem seu valor e tudo mais, né? Não é só porque está na lei, é porque o cara está exercendo um papel importante pela saúde pública, né? Não é só porque está na lei (...)”

Deve-se entender que o objetivo primário da Vigilância Sanitária, no tocante ao conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, envolve a coletividade, ou seja, sua relevância social. Nesse sentido as falas dos entrevistados advogam pela relevância pública do trabalho em Vigilância Sanitária, imprimindo-lhe um caráter legítimo, e que não se resume, apenas, ao estrito disposto na Constituição.

6.2.2– A Comunicação

Durante as entrevistas realizadas, várias falas apontaram para as dificuldades existentes no recebimento e repasse de informações durante a pandemia de H1N1 2009, traduzidas principalmente por uma situação nova de emergência internacional, com um volume de informação proliferando a cada dia.

Aqui, a análise aplicada ao material empírico se estabelece em duas frentes de Comunicação: A Comunicação Institucional e a Comunicação à Sociedade.

A Comunicação à Sociedade foi orquestrada pelo Ministério da Saúde, e nos aeroportos realizada pela ASCOM – Assessoria de Comunicação Social da ANVISA. Em Nota Técnica, de 27/04/2009, a ANVISA autorizava os coordenadores de PAF a atenderem a imprensa para responder a demandas locais, seguindo estritamente as informações contidas nos informes oficiais veiculados pela própria ANVISA ou SVS/MS. Segundo relatos dos funcionários entrevistados, a partir de um determinado momento, foi designado um profissional de assessoria de imprensa ao Aeroporto de Guarulhos, que passou, então, a prestar informações sobre a pandemia em curso a todas as mídias que estavam ali ávidas por notícias. No entanto, no início, foram os próprios funcionários do TPS que deram entrevistas aos jornais, revistas, rádios e noticiários.

"(...) A ANVISA até disponibilizou o setor de assessoria de imprensa para ajudar com isso, porque a mídia acabava atrapalhando as nossas atividades; toda hora eles queriam saber das pessoas, saber de tudo, e o pessoal estava no atendimento sem saber, dentro do procedimento, se tinha que atender a imprensa (...)"

“(...) Começou em um fim de semana, se não me engano, e na mídia diziam que a ANVISA não estava lá para dar orientações (...)”

“(...) O primeiro voo chegou no sábado, no domingo mesmo já estávamos sendo questionados. Acho que a orientação demorou um pouco para ser repassada. Porque foi muito rápido (...)”

O Plano Brasileiro de Preparação para uma Pandemia de Influenza (2006) já previa diversas estratégias de comunicação em todas as fases de uma pandemia, inclusive para os diferentes públicos (população em geral, profissionais de saúde, gestores e segmentos específicos da sociedade), o que serviu de base referencial para a Influenza A (H1N1) 2009. Porém, essas estratégias de comunicação não foram postas imediatamente em prática, no início, no momento crucial, para a formação da opinião pública, para a discussão de ideias e de tomadas de decisão, oferecendo à população uma correta avaliação do risco.

A forma mais moderna de concepção da Vigilância Sanitária prestigia as tecnologias de comunicação social para práticas de comunicação do risco, e processos de mobilização, organização e atuação dos diversos grupos em prol da construção da consciência sanitária e na defesa da saúde e qualidade de vida como um direito de todos (Costa, 2008).

Webster (2010) em seu estudo ressalta que a realidade operacional do controle de doenças respiratórias em aeronaves depende da consciência do viajante, que, para poder seguir viagem, pode mascarar os sintomas da sua doença. Ele observa também, que os viajantes inconscientemente, podem estar no período prodrômico da gripe, e sem saber, viajarem.

A participação da sociedade é fundamental para a concretização das ações da Vigilância Sanitária, e para a apropriação social da consciência sanitária.

Ademais, em divulgação dada pela OMS, em se tratando de epidemia, a experiência internacional vem demonstrando a impossibilidade de se impedir a entrada da doença em qualquer país. Nas medidas emergenciais

para controlar a propagação da doença, inclui-se a informação na estratégia da participação da comunidade (Costa, 1999).

Ainda, em maio de 2009, a Infraero veiculava informes sonoros em português, inglês e espanhol nos aeroportos do país:

"Viajantes procedentes de vôos internacionais que apresentem febre alta repentina (maior que 38ºC) e tosse, acompanhadas ou não de dores de cabeça, musculares, nas articulações e dificuldade respiratória, procurem a ANVISA neste Aeroporto."

"(...) Tinha um informe aí da INFRAERO dizendo que se você teve algum sintoma - isso eu achava muito errado - tipo febre, ou então andou por determinado lugar, para procurar a ANIVISA. E aquilo foi péssimo porque nós não somos posto médico. Então entrava gente direto, ali na sala, que estava com tosse ou com alguma coisa, algum sintoma, e a gente tinha que falar para ir ao posto médico (...). Estava errado aquilo. Até que um dia consertaram e começaram a instruir para procurarem o posto médico (...)"

Tomado o rumo, após a medida assertiva de se abrigar uma assessoria de imprensa no TPS de Guarulhos, e ao mesmo tempo em que isto e a pandemia evoluíam, foram acontecendo outros fatos que identificaram as dificuldades na Comunicação à Sociedade.

Neste estudo, a abordagem repetitiva da "panfletagem" na fala dos entrevistados, incitou a analisar qual era a problemática envolvida neste ato.

A "panfletagem" consistia na entrega, no desembarque (*finger*) e no embarque (*check-in*), dos impressos (Anexo II de maio de 2009 e Anexo lII de agosto de 2009), contendo informações abordando os sinais e sintomas da Influenza A (H1N1) e as medidas de prevenção e controle. Naquele momento, os funcionários da Vigilância Sanitária além de entregar o impresso, retinham as Declarações de Bagagem Acompanhada – DBA (ANEXO I), preenchidas pelos passageiros de vôos internacionais, como fonte de informações para eventual busca de comunicantes. Outros

materiais impressos foram usados também, como cartazes, mas foram os panfletos e a o ato de panfletar os únicos citados.

“(...) Eu acho que isso também era uma dificuldade para o pessoal, ele abria aquela folha – era um frente e verso, né? Era uma página dobrada – acho que olhava e falava: ‘(...) é muita coisa para preencher’, talvez isso também tenha sido uma dificuldade para a pessoa. E, depois, ele já não queria mais ler aquela informação, ele já sabia de tudo aquilo. Para quê que ele ia querer ficar com aquele folheto? Ele já sabia. Na mídia tinha divulgação suficiente (...)”

“(...) Porque eu achava que era lógico que tinha que informar, mas eu achava que, por exemplo, deveriam distribuir lá um tanto de panfleto, para o número de passageiros na aeronave. Não seria função da companhia aérea, mas era uma das formas de não expor a gente ali (...)”

“(...) Eu me lembro até que logo no início não tinha papel, não tinha folder, nada. O que nós fizemos? Para as aeronaves, que vinham de áreas que estavam tendo casos, redigimos um texto para orientação no papel A4. Olha só a situação! Na porta da aeronave dando papel. Não tínhamos nada (...)”

Ao analisar o local do estudo, o Aeroporto de Guarulhos, em que se configura, em movimento operacional, no maior aeroporto da América do Sul, operando, segundo o IPEA (2011), com capacidade acima do limite de eficiência estabelecido, e de acordo com a INFRAERO (2011), no ano de 2009, 59.528 passageiros/dia entre embarques e desembarques, circulando pelo TPS em uma área maior que 175 mil m². Somam-se ao fluxo de passageiros, os tripulantes das aeronaves, e toda a comunidade aeroportuária que por ali transitam. Em face deste contingente de pessoas, bem como o reduzido quantitativo de funcionários da ANVISA, pode-se inferir que a abordagem por meio da “panfletagem” não tenha sido a mais apropriada para o porte de um aeroporto internacional.

Quanto à Comunicação Institucional as dificuldades internas também foram percebidas.

Em 4 de maio de 2009, chegou a Força Tarefa para ajudar nas ações de contenção, porém, mais uma vez ficou evidente que a comunicação precisava ser aprimorada. Os funcionários arregimentados para as ações, muitas vezes, desconheciam a dinâmica de se trabalhar num aeroporto - considerado local de segurança nacional e de acessos restritos. E, quando treinados, logo eram substituídos por outros que chegavam na mesma situação.

"(...) então era uma rotatividade de pessoas que a gente tinha que multiplicar e quando a gente pensava que tinha passado a informação, a informação no dia seguinte já não valia mais porque era outra; a gente não sabia se estava atualizado, se não estava, que versão a gente passava. Tinha essa dificuldade na orientação das equipes (...)"

Somada a essa necessidade constante de informar e orientar o grupo da Força Tarefa, também era preciso fazer isso com os próprios funcionários da ANVISA de Guarulhos, pois as informações eram muitas e algumas eram alteradas, incluídas ou retiradas. Como exemplo de mudança pode-se citar os critérios para a definição dos casos suspeitos, que em 6 de maio de 2009, considerava febre acima de 38ºC, passando em 1º de junho, a ser caracterizada por febre acima de 37,5ºC ainda que referida.

"(...) Chegou uma hora que você não sabia o que você estava fazendo, falava: 'Será que eu estou fazendo certo? ', porque mudava tanto que você falava: 'Só estou errando', né? (...)"

"(...) Foi um somatório de dificuldades, né? Não estou dizendo se coerentes ou incoerentes, só que a informação foi uma falha muito grande, eu achei (...)"

Nesse sentido, percebe-se uma desarticulação da teoria do discurso com a prática executada. Se a informação é essencial para a efetividade e a

eficácia das políticas de saúde pública, dever-se-ia garantir a existência de agilidade e a comunicação institucionalizada, permanentemente, entre os órgãos governamentais envolvidos no tema.

A Comunicação necessitou de diversas adequações ao longo do curso da pandemia de H1N1 de 2009.

6.2.3 – A Intersetorialidade

A Intersetorialidade tem sido debatida por diversos analistas, numa concepção que se fundamenta no princípio da integralidade do sistema de saúde. Existe a compreensão de que para a efetividade das ações em Vigilância Sanitária, o modelo de atenção em vigilância requer mudanças em direção ao contexto proposto pelo SUS (Costa, 1999; Vecina Neto et al, 2009).

Especificamente o modelo de atenção tradicional à saúde do viajante, adotado pela Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras, começa a ser questionado por suas características fragmentárias e reducionistas, que tem como principal ponto de intervenção o controle do Certificado Internacional de Vacinação (CIV) e a prática de vacinação contra a febre amarela, não se inserindo no contexto do SUS, dificultando a articulação intersetorial e interinstitucional (Brasil, 2005b).

A ANVISA do Posto Aeroportuário de Guarulhos se relaciona com os diversos órgãos instalados no aeroporto, tais como, a INFRAERO, ANAC, MAPA, Polícia Federal, Receita Federal, entre outros, bem como, com os setores do próprio Sistema de Saúde, como o CVE, as Secretarias de Saúde estadual e municipal, os hospitais de referência, e demais.

Muitas vezes apareceram atitudes de auxílio durante a pandemia de Influenza A (H1N1) 2009, tais como: a INFRAERO fornecer, prontamente, auditórios, mais linhas telefônicas e acesso a DDI (Discagem Direta Internacional); ou o fornecimento por parte da Receita Federal das Declarações de Bagagem Acompanhada, documento de seu uso, porém cedido à ANVISA, possibilitando rastrear os comunicantes. Contudo, estes movimentos demonstram apenas articulação em uma situação de emergência, pois não parecem programados ou institucionalizados, sendo que não podem, portanto, ser considerados uma atuação intersetorial.

No relato dos profissionais entrevistados, sobre as ações executadas pela Vigilância Sanitária, para a contenção da Influenza A (H1N1) 2009, é possível perceber que não há a visão do todo na organização dos serviços públicos visando às ações de proteção da saúde. Isto pode ser confrontado com trechos das falas dos sujeitos deste estudo, conforme o que se apresenta a seguir:

"(...) Precisava de alguma ficha, a gente ia lá nas caixas do pessoal da Receita, ou mesmo das companhias aéreas, os relatórios e tal (...)"

"(...) Foi tudo assim, no boca a boca, a gente ligou para a INFRAERO, para as companhias aéreas e fizemos reuniões meio de urgência para poder orientar, porque precisamos muito da ajuda das companhias aéreas (...)"

"(...) Realmente é uma coisa trabalhosa porque envolve uma série de ações conjuntas. De repente se é um caso que tem que tirar da aeronave, tem que fazer uma imigração temporária para protelar (...)"

A Intersetorialidade em Vigilância Sanitária, segundo Vecina Neto et al, (2009), além de integrar a participação de diversos setores relacionados, deve se articular também, com os próprios componentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e Sistema Único de Saúde.

A Força Tarefa, composta por profissionais das Vigilâncias Sanitárias dos estados e municípios, destacados para o Aeroporto de Guarulhos, foi um

verdadeiro teste para se avaliar a integração nas três esferas de atuação do SNVS. Apesar, da descentralização de atuação da VISA, a intersetorialidade deve compor, de forma integral, o processo de organização do Sistema. Os objetos de ação regulatórios de cada ente do Sistema já estão definidos, no entanto, a programação das ações e dos compromissos pactuados devem ser amplamente discutidos e construídos entre todos os que compõem o SNVS, senão corre-se o risco do desconhecimento do todo, ou ainda pior, da degradação do próprio Sistema. As Vigilâncias Sanitárias das três esferas devem estar incorporadas ao ponto de conseguirem se articular harmoniosamente em direção da eficiência das ações do Sistema.

A seguir o que se extrai das falas dos entrevistados quanto à “colaboração”, assim considerada a Força Tarefa, ora demonstrando cooperação, ora demonstrando conflitos:

“(...) A Força Tarefa nos ajudou muito, pois sem essa Força Tarefa jamais teríamos conseguido. Pois estava todo mundo desgastado. Todo mundo fazendo além do horário. Não tinha como não fazer (...)”

“(...) Então a gente receberia várias pessoas, não sei quanto, não sei de onde, para estar introduzindo no aeroporto para ajudar nessa força-tarefa para essas atividades (...)”

“(...) Além disso, a força-tarefa que veio aqui do Estado era de profissionais totalmente diferentes, a gente teve um choque de opiniões porque, como o aeroporto é muito cheio de regras com as quais o funcionário público não está acostumado a seguir (...)”.

Conforme De Seta e Lima (2006), os conflitos fazem parte da vida de qualquer organização e não devem ser vistos como uma disfunção. Podem ser mais ou menos intensos entre organizações com características distintas.

As pessoas têm diferentes interesses na organização. E pensando nos funcionários das três esferas de atuação da VISA, reunidos em torno de um objetivo comum, pode-se presumir alguns desses diferentes interesses, sejam eles internos: desejo de realizar um bom trabalho; de conhecer o trabalho de outra esfera de atuação; de integração com outros colegas. Sejam eles externos à organização, tais como: sair do seu ambiente de trabalho, ganhar um incentivo financeiro ou horas em haver.

Ao mesmo tempo em que a Vigilância Sanitária vem procurando agir intersetorialmente nas suas demandas programadas, as situações de caráter emergencial e a celebração do RSI – 2005 vêm exigindo da ANVISA relações mais próximas com os diversos órgãos do governo e outros, inclusive internacionais.

A Vigilância Sanitária de PAF tem avaliado as suas capacidades na perspectiva do novo enfoque do RSI – 2005, em vigor desde 2007. O RSI - 2005 insta os países a desenvolver, fortalecer e a manter as capacidades mínimas para detectar, avaliar e notificar as Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional em seu território, e prevê para a OMS uma integração em suas atividades em alerta e resposta a epidemias, e a considerar uma assessoria externa para aplicar o RSI (Brasil, 2005b).

O cumprir e o fazer cumprir as exigências contidas no RSI, dado como uma das atribuições da ANVISA, despenderá dela um movimento grande para a eficácia da implementação e manutenção da norma internacional. E para este resultado, o Governo deverá ter a compreensão que a cooperação, entre os órgãos envolvidos com a saúde, tornar-se-á uma condição *sine qua non.*

A ANVISA representa nos aeroportos a maior autoridade em saúde capaz de fazer cumprir os preceitos legais sanitários internos e os instituídos nos tratados e convenções internacionais.

No entanto, fazer prevalecer os interesses da saúde constitui um *quantum* de esforço a mais para construir a intersetorialidade com campos institucionais movidos por outras racionalidades que não a sanitária (Costa, 2001).

Ao se refletir numa perspectiva da burocracia weberiana, entende-se que cada organização administrativa, ou melhor, identificando cada órgão parceiro da Vigilância Sanitária, estaria procurando alcançar a máxima eficiência dos seus objetivos dentro da sua própria organização formal. O que nem sempre convergiria aos mesmos interesses da saúde.

Nota-se, então, que atuar intersetorialmente implica em mudanças na cultura organizacional administrativa de cada envolvido.

Nessa lógica, pressupõe-se por meio das falas, que cada órgão estabelece as suas racionalidades e trabalha para conseguir os seus resultados:

"(...) Realmente é uma coisa trabalhosa porque envolve uma série de ações conjuntas. De repente se é um caso que tem que tirar da aeronave, tem que fazer uma imigração temporária para protelar. Ver uma série de coisas. Mas aí cada um faz a sua parte (...)"

"(...) Porque você está num momento delicado. Não é só a gente que toma conduta, você vai tomar conduta lá em cima de uma hipótese diagnóstica. E, em cima disso, você tem que tomar conduta muito rápida. Porque um minuto da aeronave parada a mais, representa muito dinheiro. Muitas questões aí estão envolvidas (...)"

"(...) Tem que tirar, tem que proibir a viagem... Porque é tudo muito complicado, a pessoa vem de fora, não tem ninguém aqui. Onde acomodar? Como acomodar? Num hotel? Aonde? E para você seguir a viagem para outro lugar, como, se não pode ir numa aeronave ou num ônibus? A quem compete isso? Então é muita coisa. Nossa competência não é, mas nós temos que dar condições para que eles também tenham um respaldo ou um

documento, para que eles possam ir à companhia aérea e explicar: ‘ANVISA determinou isso. ’ (...)”

“(...) Você tinha que parar a aeronave longe, e aí você colocava tudo direitinho, mas com dez aeronaves chegando tudo ao mesmo tempo e o comandante antes de pisar aqui já está querendo ir embora, imagina se ele vai querer levar isso pra remota (...)”

7– CONSIDERAÇÕES GERAIS

A construção histórica que determinou a existência da Vigilância Sanitária remete aos tempos em que a polícia médica possuía a incumbência de deter a propagação de doenças infectocontagiosas, facilitando, assim, o comércio. Em sua prática atual, a contenção – adotada como medida estratégica pelo MS no país – foi instalada em contraponto ao fechamento de fronteiras, evitando, com isso, entraves desnecessários ao tráfego e comércio internacionais; e seguindo, assim, as mudanças propostas no atual Regulamento Sanitário Internacional de 2005, em que não existam listas de doenças e medidas de controle e prevenção pré-estabelecidas, mas sim a avaliação de riscos e respostas adaptadas aos eventos de interesse à saúde pública.

A partir de tais informações, este estudo tenta oferecer a possibilidade de compreensão da realidade que habita na organização burocrática da Vigilância Sanitária, tomando como base as representações sociais que dizem respeito à coerência que a burocracia estabelece com as pressões do mundo globalizado diante de uma pandemia de Influenza.

Fatores como o aumento do fluxo internacional de pessoas e mercadorias, globalização da economia imprimindo domínio sobre a força social, crescimento e adensamento populacional, adaptação e mutação do comportamento dos agentes etiológicos, favorecem desarranjos e repercussões sociais com o surgimento das epidemias.

Desde o surgimento da nova Influenza A (H1N1), o Ministério da Saúde, já informava a dificuldade de conter a entrada da doença no país. Evitar que uma doença entre num determinado território só existe com a erradicação planetária do seu agente etiológico.

O impacto do surgimento da H1N1, fez com que o Governo revisse o RSI, bem como revisse e adaptasse o Plano Brasileiro (de 2006) de Preparação para uma Pandemia de Influenza. A bem da verdade, até a pandemia de Influenza A (H1N1) 2009, o Plano não havia sido testado ou colocado em prática.

Não obstante a existência do Plano, este serviu, no máximo, como um referencial das medidas que deveriam ser tomadas. Do mesmo modo que contribuíram e contribuem cada trabalhador, consciente e inconscientemente, com suas experiências acumuladas.

De acordo com relatos, a equipe da ANVISA de Guarulhos vivenciou muitas experiências em ações emergenciais anteriores, como no caso da SARS, do Antraz, e da iminência da Gripe Aviária, mas nada testado, descrito, ou posto como protocolo de ação.

Dessa forma, percebe-se como é importante registrar as experiências acumuladas pelos trabalhadores ao longo do tempo, devendo ser valorizadas, tanto quanto são os Planos e os Protocolos privilegiados com suas produções editoriais.

A avaliação que se faz hoje da presença da Vigilância Sanitária no aeroporto é positiva, entretanto diversas dificuldades foram identificadas na prática diante da pandemia de H1N1 2009. Principalmente no início da pandemia, quando as ações nos pontos de entrada do país eram mais intensas e importantes para a contenção da doença.

Em relação às dificuldades identificadas na prática de atuação da Vigilância Sanitária frente à pandemia de Influenza A (H1N1) 2009, pôde–se perceber a vinculação delas à necessidade de reorganização do serviço.

A ANVISA tem realizado mudanças tecnológicas e implementado estratégias de melhorias gerenciais. Algumas mudanças foram citadas neste estudo, tais como: a avaliação das capacidades básicas em aeroportos, segundo o RSI; a implantação do SAGARANA – modelo de

gestão de riscos por meio da tecnologia de informação; a capacitação dos seus profissionais em cursos para enfrentamento em emergências; e ainda, protocolos de enfrentamento e revisão do manual de saúde do viajante. No entanto, estas mudanças são recentes. Algumas até aconteceram após, ou mesmo durante, a pandemia de influenza de 2009 e, portanto, não tiveram tempo de produzir mudanças que se efetivassem na prática executada pela Vigilância Sanitária do Posto Aeroportuário de Guarulhos.

A ANVISA tem procurado por meio de diversos mecanismos de gestão, a cada dia, buscar a excelência em suas ações. Almeja ser referência nacional e internacional na regulação e no controle sanitário, combinando com o momento histórico do Brasil. Um país em franco desenvolvimento econômico, atual, participativo e que vislumbra, no estreitamento das relações internacionais, importantes formas para o desenvolvimento interno, mas também uma forma de cooperação entre as partes, somando-se forças para o enfrentamento das situações tão inesperadas e emergenciais que vêm assolando o nosso Planeta.

Ao trazer o referencial teórico, a questão dos recursos humanos apareceu de forma estratégica para a organização da Vigilância Sanitária. E neste estudo, uma das principais dificuldades na prática da VISA, está demonstrada, tanto no quantitativo, quanto na carência de diversidade profissional.

A questão do quantitativo mostrou-se emergencial, na atual composição em que se encontra o quadro de funcionários que atende o TPS de Guarulhos. O crescente enxugamento do quadro funcional ocasionado por aposentadorias sucessivas e a ausência de substituições, têm causado no mínimo preocupação e desconforto por parte da equipe. Podendo-se inferir que sem pessoal em quantidade suficiente a qualidade do atendimento torna-se comprometida com esta situação.

A diversidade de objetos – alimentos, medicamentos, equipamentos, entre outros – e de práticas – autorização de funcionamento, inspeções, e tantas

outras – requer saberes, competências e habilidades, o que a multiprofissionalidade dos seus técnicos pode conferir. No entanto, conforme já demonstrado neste estudo, embora existam profissionais de diferentes áreas do conhecimento, existe o predomínio de uma categoria profissional, podendo-se pressupor que possa haver dificuldades em abranger em profundidade as diversas áreas de conhecimento necessárias a uma prática mais efetiva da Vigilância Sanitária.

Ainda em relação aos recursos humanos, é possível identificar a real necessidade de informação e conhecimento científico atualizados permanentemente, capaz de lidar com competência nas diversas situações de risco. Porém, conforme percebido pelo depoimento dos entrevistados, em que poucos referiram terem feito recentemente cursos de atualização, seria importante o estabelecimento de uma política de capacitação e aperfeiçoamento profissional periódica, frequente e sistemática, de forma a garantir uma prática em Vigilância Sanitária atualizada e o mais efetiva possível.

O grande número de curso de pós-graduação realizado entre os profissionais entrevistados, e a prática adquirida no tempo de serviço destes sujeitos lembram a visão de administração burocrática weberiana, em que, fundamentalmente, o racional é baseado no saber, ou seja, o detentor do saber ou do conhecimento técnico possui uma posição de poder, aumentada ainda mais pelo conhecimento proveniente da prática que adquire no serviço.

Outra análise com relação aos recursos humanos refere-se ao Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária, de 2004, em que diversas características dos profissionais que operam o Sistema de Vigilância Sanitária foram apontadas, sem, no entanto, traçar um comparativo com aquilo que seriam as melhores práticas da VISA, ou um *benchmarking.* Um comparativo entre dados, fatos, processos, a criação de

parâmetros internos e externos, forneceriam um conhecimento mais embasado das mudanças e ações praticadas pela Vigilância Sanitária.

A experiência de atuar frente a uma pandemia de Influenza testou a capacidade de articulação entre os diversos setores, esferas e instituições, envolvidos com os passageiros e a população do aeroporto. No entanto, muitos mecanismos de integração devem ainda ser implantados e testados. Os profissionais da ANVISA de Guarulhos reconhecem que a notificação dos casos suspeitos e dos contatos, deve ser amparada por um sistema de informação rápido e de fácil manuseio, por meio do que eles chamam de "lista boa", ou seja, aquela que vem com a identificação completa dos passageiros e tripulantes.

Nesse ponto muitas dificuldades encontradas recaem na Comunicação, aqui no sentido amplo de repasse de informação tanto à sociedade como à Vigilância Sanitária. Este estudo não pretende uma análise do tema Comunicação, pois muitas questões carecem de investigação aprofundada, porém pode abrir para futuras discussões das melhores formas de repasse da informação para a compreensão por parte do público.

Pensando-se em comunicação institucional ou imprensa, a pandemia de H1N1 demonstrou a necessidade de melhorias nesta área de atuação da ANVISA. Quanto à realização da "panfletagem", amplamente comentada pelos pesquisados, e por vezes colocada em dúvida sobre a sua real necessidade. O aviso sonoro equivocado, transmitido pela Infraero, informando a todos que ao apresentarem os sintomas da gripe H1N1 procurassem a ANVISA no aeroporto. Ou a necessidade imediata de um porta-voz, a presença da assessoria de imprensa da ANVISA na interlocução com as mídias postas no aeroporto para os casos de emergência que causam medo e temor pela desinformação. Ou por meio das Notas Técnicas recebidas pela equipe com atualizações e mudanças que não vinham destacadas e/ou sintetizadas, tomando tempo e questionamentos por parte da equipe.

Seja qual for a dificuldade, a Comunicação deve ser desenvolvida para contribuir com a eficiência e eficácia das ações da Vigilância Sanitária. A Comunicação durante a pandemia de Influenza A (H1N1) 2009, poderia ter sido otimizada de forma a ampliar à cidadania, conscientizar as pessoas, informar, divulgar, e fortalecer os espaços públicos. E, quem sabe com isso, instrumentalizar a população para que ela pudesse melhor proteger a sua saúde ou evitar danos a outros.

Ainda, a Comunicação na forma de educação sanitária, viabiliza a compreensão por parte da sociedade da relevância pública das ações em saúde, executadas pela VISA. Se a Comunicação tivesse servido à população como deveria, muitas reclamações poderiam ter sido evitadas.

Conforme Picard (2010), a comunicação em saúde pública é o maior desafio do século XXI. O autor ilustra a Pandemia de Influenza A (H1N1) 2009, como a pandemia da era da internet, em que as pessoas tiveram acesso a informações em tempo real, e de diversas formas, na mídia eletrônica. O que leva a refletir, que apesar da contundência com que os avanços tecnológicos da comunicação progridem, as respostas às ameaças sanitárias parecem primitivas.

Na questão de recursos materiais, a dificuldade inicial foi o material impresso, depois as máscaras. Faz-se necessário, a previsão de EPI e materiais em quantidade, e no local, para o período de contenção quando ainda os alertas anunciam as fases iniciais da pandemia. O aeroporto como ponto de entrada deve ter condições imediatas de deflagrar a operacionalização do Plano de Enfrentamento da Influenza, por meio do uso de máscaras, e do repasse de informação do modo de transmissão e das medidas de proteção e prevenção.

Várias orientações eram dadas na tentativa de se acertar no enfrentamento da Influenza. Em 6 de maio de 2009, a GGPAF orientou por meio da Nota Técnica Nº5/2009, que os resíduos sólidos gerados a bordo de todos os voos internacionais fossem considerados do grupo A, ou seja, resíduos que

apresentam risco biológico de infecção. O grande problema de se considerar tudo como resíduo infectante é a geração de um grande volume de resíduos podendo causar um impacto ambiental. Ou ainda, em termos operacionais, como viabilizar o tratamento final antes da disposição do lixo no meio ambiente, uma vez que esse tratamento deve ser feito no local de geração do resíduo, conforme é preconizado na RDC Nº 56/2008.

O que se percebe é que durante o enfrentamento da pandemia de Influenza A (H1N1) 2009, os mecanismos de controle foram basicamente o acompanhamento dos informes técnicos e a tentativa de adaptação rápida às mudanças impostas a cada nova orientação.

A ação de enfrentamento da pandemia dependeu diretamente da comunicação, da articulação entre as instituições envolvidas e de toda uma estrutura de ambiente, materiais e pessoas, próprios de uma organização administrativa.

Ressalta-se que a despeito do comprometimento de todo o corpo técnico da VISA do TPS de Guarulhos, aguerrido à causa da Pandemia de Influenza A (H1N1) 2009, e de todas as outras emergências sanitárias que enfrentaram anteriormente, independia dele, a dimensão da tarefa de dar conta de uma organização carente de reestruturação.

Ao longo do estudo percebe-se que as categorias empíricas se entremearam e se completaram na sua totalidade. A Comunicação compromete a Intersetorialidade, que por sua vez compromete e está comprometida com o Trabalho, e vice e versa. O que corrobora com a racionalização burocrática weberiana, que o que fica é um sistema de causação circular, onde a racionalização produz mais racionalização, em um ciclo sem fim. (Thiry-Cherques, 2008).

Sendo assim, este estudo aponta a relação de imbricamento das três categorias empíricas: Trabalho, Comunicação e Intersetorialidade, com o

referencial teórico das representações sociais, estabelecendo uma relação dialética entre eles.

Acredita-se, portanto, ter sido contemplado aquilo que Minayo (2004) assinala como sendo uma possibilidade da metodologia de análise, apoiada na abordagem da hermenêutica dialética, em que busca uma interpretação aproximada da realidade, através da linguagem em seu contexto para entendê-la, a partir de diversas determinações e especificidades históricas.

8- CONCLUSÕES

Em relação ao objetivo proposto neste estudo, de analisar as práticas sanitárias adotadas pela ANVISA, do Posto Aeroportuário de Guarulhos, no contexto da Pandemia de Influenza A (H1N1) 2009, as conclusões mais importantes são:

A ação frente à Pandemia de H1N1, de 2009, serviu como a única e a mais importante experiência para se testar o Plano de Enfrentamento de Pandemia de Influenza, de 2006.

A Prática da VISA do Aeroporto de Guarulhos demonstrou estar coadunada com o momento histórico de desenvolvimento econômico, e de cooperação internacional vivenciados atualmente no Brasil. Em particular quando o país se encontra disposto a participar do mercado exterior, adotando o RSI-2005, e tomando como medidas, evitar entraves desnecessários ao tráfego e ao comércio internacional. Porém, sem com isso, deixar de cumprir as normas sanitárias tão importantes na prevenção e controle da propagação das doenças dentro e fora de suas fronteiras.

Deste modo o equilíbrio, entre, as necessidades de controle sanitário e as intensas relações internacionais nos últimos tempos, tem exigido da VISA de aeroportos um esforço no seu aprimoramento.

Nesse esforço de harmonização do controle sanitário com o intenso fluxo de pessoas no aeroporto pôde-se apreender que as dificuldades evidenciadas estão relacionadas aos recursos humanos, à estrutura física e de material, ao fluxo de procedimentos e de informações. Ou seja, a Prática da VISA do TPS de Guarulhos diante da Pandemia de Influenza apareceu, significativamente, associada à sua estrutura organizacional.

Essa situação teve reflexos:

No Trabalho da VISA do TPS de Guarulhos pôde-se conferir o universo de atuação variado e complexo, somado ao risco da pandemia de H1N1, peculiar do mundo atual. Com isso, esta situação de emergência, demonstrou que a VISA deve estar preparada para se antever aos fatos. Pressupondo uma previsão de recursos materiais, de trabalhadores e de fluxos definidos.

A Comunicação tanto à Sociedade quanto à Institucional, utilizada como instrumento de informação, muitas vezes não foi facilitadora no desempenho das ações de enfrentamento da pandemia. A experiência com a Pandemia de H1N1, por meio deste estudo, identifica e reflete a necessidade de desenvolvimento da Comunicação como ponto crucial para a efetividade das práticas sanitárias.

A Intersetorialidade como prática social, em que deva articular diferentes setores, de forma vinculada e complementar, para dar força ao enfrentamento da gestão da saúde diante de uma situação de emergência sanitária configurada pela Pandemia de Influenza A (H1N1) 2009, nesse sentido, mostrou-se não de forma estratégica ou planejada. Situações desse tipo indicam a necessidade de reorganização das relações na direção de um conjunto integrado de atuações.

9 – RECOMENDAÇÕES

Após percorrer o processo desenvolvido neste estudo, e conhecer a prática da Vigilância Sanitária diante da Pandemia de Influenza A (H1N1) 2009, pode-se com isso fazer uma análise pautada na reorganização do serviço para:

- ✓ Redimensionar o número de profissionais para o TPS
- ✓ Completar a composição do quadro funcional com uma equipe multiprofissional baseada na interdisciplinaridade
- ✓ Capacitar os profissionais em situações emergenciais e em avaliação de riscos
- ✓ Propiciar espaços e momentos de integração com os trabalhadores das três esferas de atuação da VISA
- ✓ Providenciar equipamentos e materiais utilizados em situações emergenciais
- ✓ Definir e destinar áreas (saguão, auditório, estacionamentos, etc.) para situações emergenciais, em conjunto com a administração aeroportuária
- ✓ Organizar, testar e implantar fluxos e processos de trabalho
- ✓ Definir melhor as responsabilidades de cada ente envolvido na ação de enfrentamento de uma pandemia de Influenza
- ✓ Definir o fluxo de informações, em específico, o momento em que a VISA de aeroportos, incluindo aqui portos e fronteiras, deverá ser avisada de uma emergência sanitária
- ✓ Simular e avaliar periodicamente os planos de ação da ANVISA voltados aos aeroportos
- ✓ Simular e avaliar periodicamente o Protocolo para Enfrentamento de Influenza Pandêmica em Portos, Aeroportos e Fronteiras

- ✓ Avaliar e eleger, com a participação dos profissionais da VISA do TPS de Guarulhos, e por meio de pesquisa de *marketing*, as melhores e mais adequadas formas de comunicação, ao ambiente do aeroporto, voltadas à sociedade e à própria instituição
- ✓ Transcender os espaços predeterminados e buscar ações intersetoriais que caminhem para a eficácia das ações propostas pela Vigilância Sanitária
- ✓ Adotar indicadores que meçam a qualidade e a quantidade das ações em Vigilância Sanitária e que contemplem todos os componentes como processos, estrutura e resultados
- ✓ Documentar os eventos de interesse à saúde por meio da formulação de séries históricas
- ✓ Criar um banco de dados constituído por informações que permitam a comparação entre outras instituições ou na própria ANVISA

Este estudo como uma pesquisa exploratória, não tem a pretensão de esgotar o tema, embora, possua em seus resultados elementos suficientes que poderão ser usados como ponto de partida para outros estudos e detalhamentos mais específicos.

10– REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Internet]. Brasília: ANVISA; Notícias da ANVISA. 15 de maio de 2008. [acesso em 10 de março de 2010]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/150508_2.htm

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Eletrônico. Ano I nº 01/Novembro de 2009 a. [acesso em 2 de maio de 2011]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Internet]. Brasília: ANVISA; Notícias da ANVISA. 4 de maio de 2009b. [acesso em 10 de março de 2010]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2009/040509.htm

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Proposta de Plano de Trabalho do Contrato de Gestão e Desempenho entre Ministério da Saúde e ANVISA. Brasília, fevereiro de 2011. [acesso em 13 de maio de2011]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br.

Baker MG, Thomley CN, Mills C'Roberts S, Perera S, Peters J, Kelso A, Barr I, Wilson N.Transmission of pandemic A/H1N1 2009 influenza on passenger aircraft: retrospective cohort study. BMJ 2010; 340:2424.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório de Atividades 2008 / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2009a.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório de Atividades 2009 / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2010a. 169 p.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório de Gestão 2010 / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2011.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

Brasil. Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 de set. de 1990ª; Seção 1: 018055.

Brasil. Lei n° 9782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 27 de janeiro de 1999.

Brasil. Lei n° 9.986, de 18 de julho de 2000. Dispõe sobre a gestão de recursos humanos das Agências Reguladoras e dá outras providências. Diário Oficial. 19 de julho de 2000.

Brasil. Lei nº 10.871, de 20 de maio de 2004. Dispõe sobre a criação de carreiras e organização de cargos efetivos das autarquias especiais denominadas Agências Reguladoras, e dá outras providências. D.O.U. 21 de maio de 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Censo Visa 2004. Brasília (DF); 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia Prático para o Controle Sanitário de Viajantes. Brasília (DF); 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília (DF); 2006a

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Grupo Executivo Interministerial. Plano Brasileiro de Preparação para uma Pandemia de Influenza. III Versão. Brasília (DF); 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Grupo Executivo Interministerial. Plano Brasileiro de Preparação para uma Pandemia de Influenza. IV Versão. Versão para *web*. 2010 d. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_influenza_iv_maio10_web2.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7. Ed. Brasília (DF); 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe Epidemiológico. Influenza Pandêmica (H1N1) 2009. Edição n. 1. Dezembro de 2009c. [acesso em 26 de janeiro de 2010]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_influenza_se_47.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Influenza Pandêmica (H1N1): 2009: análise da situação epidemiológica e da resposta. Boletim Eletrônico Epidemiológico, Brasília, DF, v.10, n. 2, mar. 2010b. [acesso em 6 de maio de 2010] Disponível: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_eletronico_influenza_25_03.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Imunizações. Estratégia Nacional de Vacinação contra o vírus influenza pandêmico (H1N1) 2009. 8 de março a 21 de maio de 2009. Informe Técnico Operacional Brasília (DF); 2010c. Disponível em: http://www.conass.org.br/arquivos/file/informetecnico_05_03.pdf

Bueno E. À sua saúde: a vigilância sanitária na história do Brasil. Brasília: ANVISA; 2005.

Campos E (org). Sociologia da Burocracia. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1966.

Carvalho M. Gripe Suína. Um susto revelador. Fundação Oswaldo Cruz. Radis. Jornal Súmula. RADIS - Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre saúde. Nº 82. Junho de 2009.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR. Outbreak of Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Infection --- Mexico, March--April 2009. April 30, 2009.58; 1-3. [acesso em 18 de novembro de 2010]. Disponível em: http://www.cdc.gov/mmwR/preview/mmwrhtml/mm58d0430a2.htm.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention (2010). 2009 H1N1 Flu. Disponível em: http://www.cdc.gov/h1n1flu/.

Costa EA. Vigilância Sanitária. Proteção e defesa da saúde. Ed. Hucitec e Sociedade Brasileira de Vigilância Sanitária de Medicamentos. São Paulo; 1999.

Costa EA. Conhecimento e formação profissional em vigilância sanitária. REVISA 2005: 1(2): 141-146.

Costa EA. O trabalhador de vigilância sanitária e a construção de uma nova vigilância: profissional de saúde ou fiscal? In: Ediná Alves Costa (Org.). Vigilância Sanitária: desvendando o enigma. Salvador: EDUFBA; 2008. 77-90.

Costa EA, Fernandes TM, Pimenta TS. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999). Ciênc. saúde coletiva. 2008 Jun; 13(3): 995-1004.

Cugini DM, Silva FPA, Éttori H, Krumenauer MZ, Moreira ME, Paulucci RS. Perfil epidemiológico dos casos de influenza A H1N1 em Taubaté – SP. Boletim Epidemiológico de SP. BEPA. Setembro de 2010; 7(81).

De Seta MH, Lima SML. Organização e Gestão: o que compreender para o trabalho da vigilância sanitária. In: De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira GO'D, organizador. Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p.133 – 152.

Diretoria Geral de Saúde Pública (1897). Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). [acesso em 12 de abril de 2011]. Online. Disponível em: http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/verbetes/labhigrj.htm

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Cursos [internet]. São Paulo: FSPUSP; [s.d] [acesso em 8 jul 2011]. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/site/paginas/mostrar/136

Fonseca VSL. O direito internacional face à saúde e às moléstias transmissíveis [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Direito; 1989.

Foucault M. Microfísica do poder. Organização, Introdução e Revisão Técnica de Roberto Machado. 5ª. Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4ªed. São Paulo: Atlas; 1995.

Henriques CMP. A Vigilância Sanitária dos Portos: Experiência da Prevenção à entrada da cólera no porto de Santos [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 1992.

[homepage na internet]. CCS. Rio de Janeiro: Centro Cultural da Saúde; Ministério da Saúde do Brasil; acesso em 21/04/2010. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/visa/visa_mais.html.

Infraero. Empresa Brasileira de Infra Estrutura Aeroportuária. Aeroporto Internacional de Guarulhos. [Internet]. 2011. Disponível em: http://www.infraero.gov.br

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília; DF. Nota Técnica Aeroportos no Brasil: investimentos recentes, perspectivas e preocupações. 2011. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/110414_nt005_diset.pdf

Lucchese G. Globalização e Regulação Sanitária. Os Rumos da Vigilância Sanitária no Brasil [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 2001.

Malik JS, Peiris LLM, Poon YG. Emergence of a novel swine-origin influenza A virus (S-OIV) H1N1 virus in humans. Journal of Clinical Virology. Jul 2009; Vol. 45, Ed. 3, p 169-173.

Marques D, Figueira GCN, Moreno ES, Almeida, Cordero R, Campos K, Sacchi CT, Timenetsky MCST, Carvalhanas TRMP, Kiagawa BY. Investigação de óbito relacionado à influenza pandêmica H1N1 2009 no

município de Osasco, SP, junho e julho de 2009. Boletim Epidemiológico de São Paulo. BEPA. Janeiro de 2011; 8 (85).

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Cefor; 1992.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1993; 9 (3): págs. 239-62, julho/setembro.

Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ªed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Motta FCP. Controle social nas organizações. RAE. São Paulo: FGV, 33(5): 68-87 Set Out. 1993

Organização Mundial da Saúde. OMS. World Health Organization (2005). World Health Assembly. Revision of the International Health Regulations, WHA 58.3. Disponível em: http://www.who.int.

Organização Mundial da Saúde. OMS. World Health Organization (2009a). Media Center, Ficha nº 211. Abril 2009. [acesso em 2010 Dec 1]. Disponível em http://www.who.int/mediacentre.

Organização Mundial da Saúde. OMS. World Health Organization (2009b). Media Center, World now at the start of 2009 influenza pandemic. [acesso em 2009 Aug 2]. Disponível em:http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/en/index.html

Organização Mundial da Saúde. OMS. World Health Organization (2011). Global Alert and Response. Disponível em: http://www.who.int/csr/en/index.html.

Picard A. The H1N1 post-mortem. The Globe And Mail. 2010 may 13.Canada. Disponível em: http://m.theglobeandmail.com/life/health/new-health/andre-picard/the-h1n1-post-mortem/article1567388/?service=mobile

Organização Pan-Americana da Saúde. OPAS. Pan American Health Organization. Workshop: Fortalecimentos das Capacidades Básicas do RSI (2005) e Certificados Sanitários de Embarcações. Fortaleza / Brasil – 2010. [acesso em 2011 May 5]. Dsponível em: http://www.paho.org.

Rosen G. Uma história da saúde pública. 2ª. Edição. São Paulo: UNESP-Hucitec- Abrasco; 1994.

Santos A, Bittencourt RR. Perspectivas para a construção de uma nova consciência coletiva que conceba a vigilância sanitária como rede: REDEVISA. REVISA. 2005; 1(2): 133-140.

Scliar M. Do Mágico ao social. A trajetória da saúde pública. Porto Alegre: L&PM Editores; 1987.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Coordenadoria de Controle de Doenças. Características dos casos notificados de Influenza A/H1N1. Rev Saúde Pública 2009; 43(5):900-4.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Instituto Butantan. (2011a). [acesso em 11/4/2011]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/content/jususwelok.mmp

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Coordenadoria de Controle de Doenças. Informe Técnico: Influenza Atividade viral na fase pós pandêmica. Atualização 25/4/2011b. [acesso em 21 de maio de 2011]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/resp/pdf/If11_INFLU250411.pdf

Soares GFS. O Direito Internacional Sanitário e seus temas: apresentação de sua incômoda vizinhança. Revista do Direito Sanitário. 2000; 1(1).

Souto AC. Saúde e Política: A Vigilância Sanitária no Brasil 1976-1994. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2004.

Souza GS, Costa EA. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2010, vol.15, suppl.3, pp. 3329-3340.

Teixeira LA. Medo e morte sobre a pandemia de gripe espanhola de 1918. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993.

Thiry-Cherques HR. Ética para executivos. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.

Ujvari SC. A história e suas epidemias. A convivência do homem com os microorganismos. 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora SENAC Rio: Edtora SENAC São Paulo, 2003.

Vecina Neto G, Marques MCC, Figueiredo AM. Vigilância Sanitária no Brasil. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizador. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec / FioCruz, 2009, p. 689-713.

Webster CH. Airline operating realities and the global spread of infectious diseases. Asia Pac J Public Health. 2010 Jul;22(3 Suppl):137S-143S.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Gláucia Santos Nascimento Kishida, Mestranda da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), sob orientação do Prof. Dr. Glavur Rogério Matté, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada "Organização do Trabalho da Vigilância Sanitária diante da Epidemia de Influenza A (H1N1): um estudo de caso no Posto Aeroportuário de Guarulhos".

Sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar as seguintes informações:

O objetivo deste estudo é conhecer, analisar e descrever a organização do trabalho da Vigilância Sanitária frente a uma epidemia de Influenza A (H1N1). Como é na prática a atuação da Vigilância Sanitária no enfrentamento de uma situação emergencial, a epidemia de Influenza A (H1N1).

Embora pesquisas que envolvam sujeitos sociais entrevistados tenham o potencial de desvelar e expor posições e/ou opiniões conflitantes, a presente pesquisa apresenta riscos mínimos aos seus participantes. O que será assegurado através do respeito ao indivíduo e à dignidade humana; da garantia da confidencialidade e do anonimato; e da possibilidade de saída a qualquer momento, na obtenção das informações para o desenvolvimento do estudo. A entrevista será individual, e realizada em local reservado.

A sua participação é voluntária. Para registro e plena utilização das informações prestadas, solicitaremos a sua autorização para o uso do gravador. Durante a entrevista você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo recusar-se a responder perguntas ou deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejar.

Não haverá nenhum pagamento ao entrevistado ou ressarcimento pela participação na pesquisa.

Desde já agradeço a sua colaboração e me coloco à disposição por meio do telefone (11) 3061-7769 ou pelo email kishida.gsn@usp.br. Endereço e telefone para contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública/USP: Av. Dr. Arnaldo, 715 – térreo – Cerqueira César – São Paulo/SP. Fone: 3061-7779/7742.

Como participante da pesquisa afirmo que fui devidamente orientado (a) sobre o procedimento, a finalidade e os objetivos do estudo; bem como sobre as informações que forneci somente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo. Sendo assim, autorizo a realização da entrevista e da gravação da minha fala. Declaro que concordo com a utilização de todos esses dados nessa pesquisa.

Assinatura do (a) participante:_____

Gláucia Santos Nascimento Kishida (pesquisadora): _____

São Paulo, ____/_____/2011.

APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM TRABALHADORES DA ANVISA

Data: _____/_____/_____.

Identificação

№ de entrada: _____

Nome:_____

Tempo de Atividade no Posto Aeroportuário de Guarulhos: _____

Esteve trabalhando no período de abril de 2009 aos dias atuais no Posto de Guarulhos? _____

Escolaridade

Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( )

Superior Incompleto ( ) Superior Completo ( )

Especialização ( ) Incompleto ( ) Completo

Área:_____

Mestrado ( ) Incompleto ( ) Completo

Área:_____

Doutorado ( ) Incompleto ( ) Completo

Área:_____

Graduação e ano de Conclusão: _____

Curso de Aperfeiçoamento (último):_____data:_____

Função: _____

Vínculo com a Instituição: _____

Questões

Você poderia descrever, em detalhes, como é a sua rotina de trabalho na VISA?

Você trabalhou nas ações da pandemia de Influenza A (H1N1) DE 2009?

Como foram as suas atividades durante a pandemia de Influenza A (H1N1)?

Quais foram as facilidades vivenciadas no enfrentamento da pandemia de Influenza A (H1N1)?

E as dificuldades?

Atualmente, quais as ações em execução para o controle da Influenza A (H1N1) ou outra infecção de transmissão respiratória?

ANEXOS

Anexo I – DECLARAÇÃO DE BAGAGEM ACOMPANHADA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
DECLARAÇÃO DE BAGAGEM ACOMPANHADA

DADOS PESSOAIS E DA VIAGEM

Nome completo

Passaporte ou carteira de identidade (nº) | **CPF (se residente no Brasil)**

País de residência | **País de procedência** | **Data de nascimento** ____/____/_____

Nº do vôo ou identificação do veículo | **Assento/Cabine** | **Data da chegada** ____/____/_____

Cidade e país de embarque | **Locais de escala/conexão**

Endereço no Brasil (Hoteis/Cidades/Estados) ou Telefone ou Correio Eletrônico

Receita Federal www.receita.fazenda.gov.br

LEIA COM ATENÇÃO ANTES DE COMPLETAR A DECLARAÇÃO

De acordo com a legislação brasileira, o viajante deve declarar os bens que está trazendo do exterior.
Não é necessário declarar os seguintes bens:

- livros, folhetos e periódicos
- roupas e objetos de uso ou consumo pessoal ou profissional do viajante
- bens adquiridos no exterior, no valor total de até US$ 500,00 (viagens por via aérea ou marítima), ou até US$ 300,00 (viagens por via terrestre, fluvial ou lacustre)
- adquiridos em loja franca (free shop) na chegada ao País.

BENS SUJEITOS A TRIBUTAÇÃO

Estão sujeitos à tributação os bens adquiridos no exterior, a bordo de navios e aeronaves ou em loja franca (*free shop*) no exterior ou na saída do País, cujo valor total for superior a US$ 500,00 (viagens por via aérea ou marítima), ou US$ 300,00 (viagens por via terrestre, fluvial ou lacustre).

O limite de isenção é individual não sendo permitida a sua soma com o de outro viajante, mesmo tratando-se de casal ou de outro membro da família.

A tributação incidente é de 50% sobre o valor que exceder os limites de isenção acima citados.

O valor do imposto será calculado pela fiscalização aduaneira e seu pagamento é condição para a liberação dos bens.

RESTRIÇÕES E PROIBIÇÕES

- Bens proibidos de ingressar no País:
  - substâncias entorpecentes ou drogas afins
  - bebidas alcoólicas e produtos de tabacaria, quando o viajante for menor de 18 anos
  - cigarros ou bebidas de origem brasileira, adquiridos no exterior
  - produtos adulterados ou falsificados (piratas)
- Produtos sujeitos à inspeção sanitária ou de origem animal ou vegetal somente serão liberados após autorização da Vigilância Sanitária ou do Ministério da Agricultura.
- Veículos motorizados, motores para embarcações e bens em quantidade e qualidade que revelem serem destinados ao comércio ou à indústria somente serão liberados se forem apresentados à fiscalização aduaneira e após o cumprimento das formalidades exigidas para sua importação.

DECLARAÇÃO ELETRÔNICA DE PORTE DE VALORES (*e*-DPV)

A *e*-DPV deverá ser preenchida pelo viajante que portar valores superiores a R$ 10.000,00 ou o equivalente em outras moedas, em espécie, cheques de viagem (travellers check) ou cheques.

Aprovada pela IN RFB nº 818, de 2008.

DADOS DA BAGAGEM

Está trazendo na bagagem:

1. animais, vegetais ou suas partes, sementes, produtos de origem animal ou vegetal, produtos veterinários ou agrotóxicos?	NÃO SIM
2. produtos médicos, produtos para diagnóstico *in vitro*, produtos para limpeza, materiais biológicos?	NÃO SIM
3. medicamentos, exceto os de uso pessoal, ou alimentos de qualquer tipo?	NÃO SIM
4. armas ou munições?	NÃO SIM
5. bens com destinação comercial ou industrial ou que deverão ser submetidos a despacho de importação pelo real proprietário?	NÃO SIM
6. bens em valor superior a R$ 3.000,00 (via aérea ou marítima) ou em qualquer valor (via terrestre, fluvial ou lacustre), para ingresso temporário? (somente para não residentes)	NÃO SIM
7. bens sujeitos à tributação (consulte o quadro Informações Gerais)?	NÃO SIM
8. valores (em espécie, cheques ou cheques de viagem) superiores a R$ 10.000,00 ou seu equivalente em outra moeda?	NÃO SIM
Visitou áreas de produção agrícola ou pecuária nos últimos 15 dias?	NÃO SIM

- **Se você respondeu SIM à pergunta 6 ou 7, deve relacionar os bens no quadro Relação de Bens a seguir.**
- **Se você respondeu SIM à questão 8 deve apresentar também a Declaração Eletrônica de Porte de Valores (e-DPV) à fiscalização aduaneira, para validação.**
- **Se você respondeu SIM a qualquer das questões acima, dirija-se ao canal BENS A DECLARAR e apresente-se à fiscalização aduaneira.**
- **Se você respondeu NÃO a todas as perguntas dirija-se ao canal NADA A DECLARAR.**

RELAÇÃO DE BENS

(Preencha somente se respondeu SIM à pergunta 6 ou 7 no quadro Dados da Bagagem)

Nome completo

Passaporte ou carteira de identidade (nº) **CPF (se residente no Brasil)**

Quantidade	**Descrição dos bens**	**Valor (US$)**

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas nesta declaração.

____/____/_____

Para uso oficial

Espaço Reservado à Propaganda ou Promoção Comercial

INFLUENZA A(H1N1)

Influenza A(H1N1) is a respiratory disease which is transmitted from person to person mainly through coughing, sneezing or contact with the respiratory secretions of infected people. Due to the occurrence of cases of Influenza A(H1N1) in several countries, the Ministry of Health of Brazil recommends:

A) To passengers whose destinations are in affected countries:

- Follow strictly the recommendations of local sanitary authorities regarding the use of disposable surgical masks during your stay in affected countries.
- When coughing or sneezing, always cover the nose and mouth with a handkerchief, preferably disposable.
- Wash the hands frequently with soap and water, especially after coughing or sneezing.
- Avoid places with high concentrations of people.
- Avoid direct contact with sick persons.
- Do not share food, glasses, bath towels or any objects of personal use.
- Avoid touching the eyes, nose or mouth.
- If you become ill, seek medical assistance, report any contact with sick persons and inform of your itinerary on recent trips.
- Do not take medication without medical guidance.

B) To passengers arriving from affected countries:

If you suddenly have high fever (above 100ºF) and cough, followed or not by headache, muscle and joint pain or breathing difficulty, within in a period of 10 days after leaving countries affected by Influenza A(H1N1), you must:

- Seek medical assistance at your nearest Health Unit and report the itinerary of trip to a health professional.

Other Information:

Health information: **0800 61 1997** Ministry of Health of Brazil: **www.saude.gov.br**

For additional information about preventive measures taken by the local health authorities in affected countries, please access:

World Health Organization (in English)
http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html

Panamerican Health Organization (in Spanish)
http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es

Maio/2009

INFLUENZA A(H1N1)

La Influenza A(H1N1) es una enfermedad respiratoria y la transmisión es de persona a persona, principalmente por medio de tos, estornudo o contacto con secreciones respiratorias de personas infectadas. Debido a la ocurrencia de casos de Influenza A(H1N1) en varios países, el Ministerio de Salud de Brasil recomienda:

A) A los pasajeros con destino a los países afectados:

- En cuanto al uso de máscaras quirúrgicas desechables durante su permanencia en los países afectados, siga rigurosamente las recomendaciones de las autoridades sanitarias locales.
- Al toser o estornudar, cubra la nariz y la boca con un pañuelo, preferentemente desechable.
- Lave las manos frecuentemente con agua y jabón, especialmente después de toser o estornudar.
- Evite locales con multitud de personas.
- Evite el contacto directo con personas enfermas.
- No comparta alimentos, vasos, toallas y objetos de uso personal.
- Evite tocar ojos, nariz o boca.
- En caso de enfermedad, busque asistencia médica e informe historia de contacto con enfermos e itinerario de viajes recientes.
- No utilice medicamentos sin orientación médica.

B) A los pasajeros procedentes de países afectados:

En caso de que presente fiebre alta repentina (mayor de 38ºC) y tos, acompañadas o no de dolores de cabeza, musculares, en las articulaciones o dificultad respiratoria, en un período de hasta 10 días después de salir de países afectados por la Influenza A(H1N1), usted debe:

- Buscar asistencia médica en la Unidad de Salud más cercana e informar su itinerario de viaje al profesional de salud.

Otras informaciones:

Llame Salud: **0800 61 1997** Ministerio de Salud de Brasil: **www.saude.gov.br**

Para informaciones adicionales sobre medidas preventivas establecidas por las autoridades de salud de los países afectados, acceda a:

Organización Mundial de la Salud (en inglés)
http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html

Organización Panamericana de la Salud (en español)
http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es

INFLUENZA A(H1N1)

A Influenza A(H1N1) é uma doença respiratória e a transmissão ocorre de pessoa a pessoa, principalmente por meio de tosse, espirro ou de contato com secreções respiratórias de pessoas infectadas. Devido à ocorrência de casos de Influenza A(H1N1) em vários países, o Ministério da Saúde recomenda:

A) Aos viajantes que se destinam aos países afetados:

- Em relação ao uso de máscaras cirúrgicas descartáveis, durante a permanência nos países afetados, seguir rigorosamente as recomendações das autoridades sanitárias locais.
- Ao tossir ou espirrar, cobrir o nariz e a boca com um lenço, preferencialmente, descartável.
- Lavar as mãos frequentemente com água e sabão, especialmente depois de tossir ou espirrar.
- Evitar locais com aglomeração de pessoas.
- Evitar o contato direto com pessoas doentes.
- Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal.
- Evitar tocar olhos, nariz ou boca.
- Em caso de adoecimento, procurar assistência médica e informar história de contato com doentes e roteiro de viagens recentes.
- Não usar medicamentos sem orientação médica.

B) Aos viajantes procedentes de países afetados:

Caso apresentem febre alta repentina (maior que 38ºC) e tosse, acompanhadas ou não de dores de cabeça, musculares, nas articulações ou dificuldade respiratória, em um período de até 10 dias após saírem dos países afetados pela Influenza A(H1N1), devem:

- Procurar assistência médica na unidade de saúde mais próxima e informar ao profissional de saúde o seu roteiro de viagem.

Para informações adicionais sobre medidas preventivas estabelecidas pelas autoridades de saúde dos países afetados, acesse:

Organização Mundial da Saúde (em inglês)
http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html

Organização Pan-americana de Saúde (em espanhol)
http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es

Outras informações:

www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

SUS 20 ANOS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Secretaria de Vigilância em Saúde

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

Anexo III – IMPRESSO/DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VIAJANTE - AGOSTO/2009

7. Endereço(s) para contato nos próximos 14 dias / Address(es) where you can be found in the next 14 days / Dirección(es) para contacto en los próximos 14 días:		
Cidade(s) / City(ies) / Ciudad(es):	Estado(s) / State(s) / Província - Depto - Region:	País(es) / Country(ies) / País(es):
E-mail / Correo electrónico:	Telefone / Phone / Teléfono:	
8. Pessoa de contato / Contact person / Persona de contacto Nome completo / Full name / Nombre completo:	Cidade(s) / City(ies) / Ciudad(es):	
País / Country / País:	Telefone / Phone / Teléfono:	
9. Assinatura do viajante / Traveller's signature / Firma del viajero:	Data / Date / Fecha:	

USO OFICIAL / OFFICIAL USE / USO OFICIAL

DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VIAJANTE
TRAVELLER'S HEALTH DECLARATION
DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJERO

10. Data / Date / Fecha:
Nome completo / Full name / Nombre completo:
Empresa: Nº vôo / Embarcação / Veículo terreste:
Company: Flight nr. / Ship name / Land vehicle:
Empresa: Nº de vuelo - Embarcación - Vehículo terreste:

Outras informações:
www.saude.gov.br
DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

SUS 20 ANOS | Agência Nacional de Vigilância Sanitária | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde | BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

INFLUENZA A(H1N1)

A **Influenza A(H1N1)** é uma doença respiratória aguda e a transmissão ocorre de pessoa a pessoa, principalmente por meio de tosse, espirro ou contato com secreções respiratórias de pessoas infectadas.

MEDIDAS SIMPLES PARA SE PREVENIR DA GRIPE:

RECOMENDAÇÕES AOS VIAJANTES:

Se você estiver com febre acima de 38ºC, tosse, acompanhada ou não de dor de garganta, procure o seu médico ou a unidade de saúde mais próxima.

Para os viajantes que se destinam a outros países, seguir rigorosamente as recomendações das autoridades sanitárias locais durante a permanência nessas localidades.

Para informações adicionais, acesse:

Organização Mundial da Saúde (em inglês)
http://www.who.int/csr/disease/swinefluIen/index.html

Organização Pan-americana de Saúde (em espanhol)
http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es

O governo brasileiro está tomando todas as medidas necessárias para reduzir a ocorrência de casos graves e mortes pela doença.

Outras informações:
www.saude.gov.br
DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

SUS 20 ANOS | Agência Nacional de Vigilância Sanitária | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde | BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

INFLUENZA A(H1N1)

Influenza A(H1N1) is an acute respiratory disease which is transmitted from person to person mainly through coughing, sneezing or contact with the respiratory secretions of infected people.

Simple measures to prevent influenza:

- Wash your hands frequently with soap and water, especially after coughing or sneezing.
- When coughing or sneezing, always cover the nose and mouth with a disposable handkerchief.
- Do not share food, glasses, bath towels or any objects of personal use.
- Persons who have any kind of influenza must avoid enclosed environments and crowding.
- Do not take medication without medical guidance. Self-medication can be hazardous to health.
- In case of influenza, see your personal doctor or go to a health unit for appropriate diagnosis and treatment.

Recommendations to passengers:

If you have fever above 38ºC (100ºF), coughing, followed or not by sore throat, see your personal doctor or go to the nearest health unit.
To passengers with destinations in other countries, follow strictly the recommendations of the local health authorities during your stay.

For more information, please access:

World Health Organization (in English)
http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html

Panamerican Health Organization (in Spanish)
http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es

The Brazilian government is taking all necessary measures to reduce the occurrence of severe cases and deaths from the disease.

Agosto/2009

INFLUENZA A(H1N1)

La **Influenza A(H1N1)** es una enfermedad respiratoria aguda y la transmisión es de persona a persona, principalmente por medio de tos, estornudo o contacto con secreciones respiratorias de personas infectadas.

Medidas sencillas para prevención de la influenza:

- Lave las manos frecuentemente con agua y jabón, especialmente después de toser o estornudar.
- Al toser o estornudar, cubra la nariz y la boca con un pañuelo desechable.
- No comparta alimentos, vasos, toallas u objetos de uso personal.
- Las personas con cualquier tipo de gripe deben evitar ambientes cerrados y con aglomeración de personas.
- No utilice medicamentos sin orientación médica. La automedicación puede ser perjudicial para la salud.
- En caso de gripe, consulte con su médico personal o busque una unidad de salud para diagnóstico y tratamiento adecuados.

Recomendaciones a los pasajeros:

En caso de que usted tenga fiebre superior a 38ºC, tos, acompañada o no de dolor de garganta, consulte con su médico personal o busque la unidad de salud más cercana.
Para los pasajeros con destino a otros países, seguir rigurosamente las recomendaciones de las autoridades de salud locales durante su permanencia en esas localidades.

Para más informaciones, acceda a:

Organización Mundial de la Salud (en inglés)
http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html

Organización Panamericana de la Salud (en español)
http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es

El gobierno brasileño está tomando todas las medidas necesarias para reducir que haya casos graves y muertes por la enfermedad.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VIAJANTE
HEALTH TRAVELLER DECLARATION
DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJERO

1. Meio de transporte / Means of transportation / Medio de transporte:
☐Aeronave / Airplane / Aéreo ☐Embarcação / Ship / Embarcación ☐Terrestre / Vehicle / Terrestre

Local de entrada / Place of arrival / Lugar de entrada:	Data de chegada / Arrival date / Fecha ingreso:
2. Empresa: Nº do voo - Embarcação - Veículo terrestre / Company: Flight nr. - Ship name - Land vehicle / Empresa: Nº vuelo - Embarcación - Vehículo terrestre:	Assento - Camarote / Seat - Cabin / Asiento - Cabina:
3. Nome completo / Full name / Nombre completo:	Data nascimento / Birth date / Fecha nasc.:
Nº do passaporte ou C. de Identidade e país emissor: Passport number or Identity Card and issuing country: Nº de pasaporte o Cédula de Identidad y país emisor:	Sexo / Sex / Sexo: ☐M ☐F

4. Países e locais por onde circulou nos últimos 14 dias / Country and places where you have been in the last 14 days / Países y ciudades por donde circuló en los últimos 14 días:

5. Destino - Conexões - Escalas previstas / Destination - Scheduled connection - Place of call / Destino - Conexiones - Escalas previstas:

Empresa: Nº do voo - Embarcação - Veículo terrestre / Company: Flight nr. - Ship name - Land vehicle / Empresa: Nº vuelo - Embarcación - Vehículo terrestre:	Data / Date / Fecha:

6. Sinais e sintomas observados nos últimos 7 dias / Signs and symptoms observed in the last 7 days / Señales y síntomas observados en los últimos 7 días:

☐Febre / Fever / Fiebre
☐Dificuldade de respirar / Breath difficulty / Dificultad para respirar
☐Vômito / Vomit / Vómito
☐Dor de cabeça / Headache / Dolor de cabeza
☐Dores musculares / Muscular pain / Dolor muscular (anormal)
☐Pele ou olhos amarelos / Jaundice / Piel u ojos amarillos
☐Tosse / Cough / Tos
☐Diarreia / Diarrhea / Diarrea
☐Erupções da pele / Rash / Erupciones en la piel
☐Sangramento anormal / Haemorrhage / Sangrado
☐Nenhum / None / Ninguno