

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
DIRETORIA REGIONAL DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Carlos Augusto de Souza Moura
Janaina Vieira Pacheco
Oswaldo Miguel Junior
Pedro de Alcantara Vasconcelos Filho
Rodolfo Navarro Nunes

**COMUNICAÇÃO EM SAÚDE AOS VIAJANTES: NOVOS DESAFIOS PARA A
VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO CONTEXTO DA GLOBALIZAÇÃO**

Brasília

2009

Carlos Augusto de Souza Moura
Janaina Vieira Pacheco
Oswaldo Miguel Junior
Pedro de Alcantara Vasconcelos Filho
Rodolfo Navarro Nunes

**COMUNICAÇÃO EM SAÚDE AOS VIAJANTES: NOVOS DESAFIOS PARA A
VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO CONTEXTO DA GLOBALIZAÇÃO**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Diretoria Regional de Brasília como requisito para obtenção do título de Especialista em Vigilância Sanitária.

Orientadora: Terezinha Marques da Silva Enfermeira. Especialista em comunicação comunitária.

**Brasília
2009**

Ficha Catalográfica elaborada por
Vanessa Luiz Neunzig – Bibliotecária CRB 1/2.175

C741c Comunicação em saúde aos viajantes: novos desafios para a vigilância sanitária no contexto da globalização / Carlos Augusto de Souza Moura; Janaina Vieira Pacheco; Oswaldo Miguel Junior; Pedro de Alcantara Vasconcelos Filho; Rodolfo Navarro Nunes — Brasília: [s.n.], 2009.
58 f.

Monografia (Especialização em Vigilância Sanitária) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Diretoria Regional de Brasília, 2008.

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2. Comunicação em Saúde. 3. Regulamento Sanitário Internacional. 4. Saúde do Viajante. 5. Vigilância Sanitária. I. Título.

CDD: 614.40981

Carlos Augusto de Souza Moura
Janaina Vieira Pacheco
Oswaldo Miguel Junior
Pedro de Alcantara Vasconcelos Filho
Rodolfo Navarro Nunes

**COMUNICAÇÃO EM SAÚDE AOS VIAJANTES: NOVOS DESAFIOS PARA A
VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO CONTEXTO DA GLOBALIZAÇÃO**

Esta Monografia foi julgada e aprovada para obtenção do grau de **Especialista em Vigilância Sanitária no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva** pela Fundação Oswaldo Cruz - Diretoria Regional de Brasília.

Brasília, 28 de outubro de 2009

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Terezinha Marques da Silva
Especialista em comunicação
comunitária.
Instituição de Saúde Coletiva da
Universidade Federal da Bahia
(ISC/UFBA)
Orientadora

Prof. Antônio José Costa Cardoso
Doutor em Saúde Pública
Departamento de Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília (DSC/UNB)
Examinador 1

Prof^a. Inesita Soares Araújo
Doutora em Comunicação
Pesquisadora do Instituto de Comunicação e
Informação Científica e Tecnológica em
Saúde da Fundação Oswaldo Cruz
(ICICT/Fiocruz)
Examinador 2

Resumo

Moura, Carlos Augusto de Souza. Pacheco, Janaina Vieira. Junior; Oswaldo Miguel. Filho, Pedro de Alcantara Vasconcelos; Nunes, Rodolfo Navarro. **Comunicação em saúde aos viajantes: novos desafios para a vigilância sanitária no contexto da globalização**. 57 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2009.

O processo de globalização, o aumento do trânsito internacional de pessoas e mercadorias e a mudança contínua da situação epidemiológica mundial trouxeram um novo direcionamento para a vigilância sanitária, consolidado pelo Regulamento Sanitário Internacional - RSI (2005). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em consonância com o previsto no RSI (2005) e através da Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados apresenta dentre as suas atribuições a de “planejar, orientar e controlar as ações sanitárias de viajantes em seus respectivos meios e vias de transporte aéreo, marítimo, fluvial, lacustre e terrestre do país com a finalidade de estabelecer medidas para impedir a introdução de doenças emergentes e reemergente.” (Art. 64-B, inciso III Portaria nº. 406, de 14 de outubro de 2005), dentre outras. Nesse sentido, visando atender à proposta do RSI (2005), torna-se necessário estabelecer processos de comunicação em saúde direcionados aos viajantes objetivando orientá-los preventivamente quanto aos cuidados em saúde e exigências sanitárias a serem adotadas em viagens internacionais e a necessidade de porte dos Certificados Internacionais de Vacinação ou Profilaxia - CIVP, emitidos como medida de controle sanitário determinada pela Organização Mundial de Saúde para o controle de eventos em saúde de importância internacional. Esses aspectos são descritos e problematizados, considerando-se a complexidade de avaliar os serviços de saúde e definir processos de monitoramento contínuo da qualidade de suas ações, visando implementar novos modelos de gestão do risco, que efetivamente defendam a saúde e a vida dos usuário. Considera-se também a complexidade do processo de comunicação, vislumbrando apreciar o verdadeiro valor desse campo para o controle de risco, proteção e promoção da saúde considerando-se a prática observada através de entrevistas com trabalhadores dos Centros de Orientação ao Viajante da Anvisa localizados nos aeroportos Internacionais de São Paulo e do Rio de Janeiro e dos Núcleos de Medicina do viajante do estado de São Paulo e Rio de Janeiro. A monografia oferece uma síntese das teorias de comunicação que sustentam o debate desse tema, contrapostas a análise das entrevistas semi-elaboradas, verificando a necessidade de construir e aprimorar a informação a ser trabalhada e repassada ao viajante internacional.

Palavras-chave: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Comunicação em Saúde; Regulamento Sanitário Internacional; Saúde do Viajante; Vigilância Sanitária.

Abstract

Moura, Carlos Augusto de Souza. Pacheco, Janaina Vieira. Junior; Oswaldo Miguel. Filho, Pedro de Alcantara Vasconcelos; Nunes, Rodolfo Navarro. **Communication in health for travelers: new challenges for health surveillance in the context of globalization.** 57 leaves. Completion of course work (Specialization) – Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2009.

The process of globalization, the increase in the international transit of people and goods and the continuous change of the epidemiological situation worldwide have brought a new direction for health monitoring, consolidated by the International Health Regulations - IHR (2005). The National Sanitary Surveillance Agency, in line with the requirements of IHR (2005) and through the General Management of Ports, Airports, Borders and Venue Alfandegados presents among their duties to & quot; plan, guide and monitor the health activities of travellers in their means and routes of air, sea, river, lake and land the country in order to establish measures to prevent the introduction of emerging diseases and reemergente & quot; (Article 64-B, item III Order No. 406 of October 14, 2005), among others. In that sense, seeking to meet the proposed IHR (2005), it is necessary to establish procedures for communication on health targeted to travelers aiming to guide them as to preventive health care and health requirements to be adopted in international travel and the need to carry on International Certificate of Vaccination or Prophylaxis - CIVP, issued as a measure to control health determined by the World Health Organization to control events in the health of international importance. These are described and problematized, considering the complexity of evaluating health services and establish procedures for continuous monitoring of the quality of their actions, to implement new models for risk management, which effectively protect the health and life of the user. It is also the complexity of the communication process, appreciate seeing the real value of this field to control risk, protection and health promotion based on the practice observed through interviews with employees of the Guidance Center located in the Traveler's Anvisa International airports of São Paulo and Rio de Janeiro and the cores of Medicine of the traveler's state of Sao Paulo and Rio de Janeiro. The monograph offers a synthesis of theories of communication that support the discussion of this issue, opposed the analysis of semi-prepared, noting the need to build and improve the information to be processed and passed to the international traveler.

Keywords: National Sanitary Surveillance Agency; Communication in Health; International Health Regulations; Health of Traveler; Surveillance.

Lista abreviaturas e siglas

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CIEVS – Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CIVES – Centro de Informação em Saúde para Viajantes
CIVP – Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia
COMVISA – Comunidade Virtual em Vigilância Sanitária
CONAVISA - Conferência Nacional de Vigilância Sanitária
Cr – Comunicação de Risco
CRIE – Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
DOU – Diário Oficial da União
ESP II – Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional
GCOVI - Gerência de Orientação e Controle Sanitário de Viajantes em PAF
GEPES - Gerência de Projetos Especiais em PAF.
GGPAF – Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados
GIMTV - Gerência de Infra-Estrutura, Meios de Transporte e Controle de Vetores em PAF
GIPAF - Gerência de Inspeção de Produtos e Autorização de Empresas em PAF
GPAAC - Gerência de Planejamento, Avaliação e Acompanhamento em PAF
HC – Hospital das Clínicas
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
MS – Ministério da Saúde
NESC – Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva
NMT – Núcleo de Medicina Tropical
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAF – Portos, Aeroportos e Fronteiras
PAFRA - Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados
PTPAF – Postos de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
RSI – Regulamento Sanitário Internacional
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SISPAFRA – Sistema de Informação de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNVS – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SUCEN – Superintendência de Controle de Endemias

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

VISA – Vigilância Sanitária

Sumário

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivo Específico	13
3. MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA	13
3.1 Comunicação de risco	13
3.2 Comunicação e princípios do SUS	15
3.3 A comunicação na intervenção social	21
4. MARCO INSTITUCIONAL	23
4.1 Organização institucional	24
4.2 Regulamento Sanitário Internacional	27
4.3 Os centros de orientação a saúde do viajante	31
5. METODOLOGIA DA PESQUISA DE CAMPO	34
5.1 Universo da Pesquisa	34
5.2 Operacionalização da pesquisa	35
5.3 Cronograma das entrevistas	36
6. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS	38
6.1 Síntese das Entrevistas Semi-Elaboradas com os Centros de Medicina do Viajante de São Paulo e Rio de Janeiro.	40
6.2 Conclusões Parciais	49
7. RECOMENDAÇÕES	50
7.1 Aspectos éticos	50
8. CRONOGRAMA	52
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

ANEXOS

ANEXO A - Proposta de instrumento de Coleta de Dados para o viajante que retorna do exterior após ter sido atendido em um dos Centros antes da partida **56**

1. INTRODUÇÃO

O processo de globalização, o aumento do trânsito internacional de pessoas e mercadorias e a mudança contínua da situação epidemiológica mundial trouxeram novas demandas e conseqüentemente, novas competências para a Vigilância Sanitária.

Dentre as demandas, a orientação ao viajante constitui-se como um ponto determinante na prevenção dos agravos de importância em saúde pública, destacando-se a comunicação de risco focada nos cuidados com a saúde; as exigências sanitárias a serem adotadas em viagens internacionais; e o estabelecimento de um fluxo para a notificação de eventos de interesse internacional, dentre outros de riscos a saúde do viajante

Cabe destacar que a preocupação com a saúde do viajante se consolida em muitos países (Austrália, Canadá, Estados Unidos da América, Inglaterra, entre outros), sendo sistematizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, a nova demanda surge como estratégia de vigilância em saúde, inserida no contexto do SUS e compatível com as novas exigências do RSI (2005) frente à circulação de pessoas e amplo comércio internacional.

Nesse contexto, a Anvisa através da Gerência-Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (GGPAF), vem ampliando as discussões de vigilância em saúde no âmbito do SUS, através da promoção e proteção da saúde do viajante, minimizando os riscos, contribuindo com o fortalecimento das ações de controle sanitário e fazendo assim cumprir a Legislação Brasileira, o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) 2005 e outros atos subscritos pelo Brasil.

O controle sanitário de viajantes tem como objetivo promover o acesso a informação e a orientação de medidas de vigilância que evitem a propagação de doenças transmissíveis, com o aprimoramento de ações integradas com outros órgãos do Ministério da Saúde e serviços estaduais ou locais, sinalizando assim a construção de uma política do viajante.

Verifica-se que a comunicação entre os diferentes atores sociais envolvidos no processo de saúde do viajante é essencial para efetivação das atividades de vigilância sanitária junto aos PAF. Porém, as ações e estratégias de informação e comunicação em saúde às pessoas restringem-se ao processo de notificação de doenças e de campanhas episódicas apoiadas por materiais impressos. Observa-

se que o tipo de informação destinada aos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS está centrado na investigação epidemiológica e impedimento da disseminação de doenças através de procedimentos imunobiológicos e de barreiras, apoiados por estratégias factuais de comunicação. Trata-se, dessa forma, de uma comunicação de emergência. Contudo, diante da complexidade, diversidade, agilidade do perfil epidemiológico e sócio-cultural nesses pontos de entrada é fundamental entender todo o processo da comunicação com os viajantes, para pensar estratégias que dêem conta da promoção e prevenção em saúde condizentes com as especificidades do SUS e dos cidadãos usuários do sistema. Essa compreensão implica em pensar no processo de trabalho em redes.

O processo de comunicação deve ser ético, transparente, atento aos valores, opiniões, tradições, culturas e crenças das comunidades, respeitando, considerando e reconhecendo as diferenças, baseando-se na apresentação e avaliação de informações educativas, interessantes, atrativas e compreensíveis.

É possível perceber que a comunicação de risco, focada no planejamento das informações que serão disponibilizadas a população no sentido de prevenir doenças, especificamente aos viajantes internacionais, necessita de uma política pública bem estruturada. Isto porque a comunicação de risco, conforme cita Rangel (2007, p. 1376) “é entendida como o intercâmbio de informações e opiniões sobre os riscos entre as pessoas encarregadas da avaliação dos riscos e do gerenciamento dos riscos, os consumidores e outras partes interessadas”.

Considerando a rapidez e o intenso fluxo dos meios de transportes e conseqüentemente de viajantes torna evidente a necessidade de um plano de comunicação que deve levar em consideração algumas necessidades desse público para que o mesmo tenha êxito em sua viagem, tais como o planejamento cuidadoso da viagem incluindo as medidas de prevenção apropriadas e a execução das precauções necessárias, reduzindo substancialmente os riscos para a saúde.

Nesse sentido é importante que o plano de comunicação contenha informações e recomendações que considere as mudanças físicas e ambientais que podem perturbar o viajante. Ou seja, os riscos associados a viagens internacionais são influenciados pelas características quer do viajante (idade, sexo, estado de saúde), quer da viagem em si (local de destino, objetivo e duração da

estadia) e esses riscos devem servir de base para estruturação claramente direcionada às necessidades do viajante.

Na ANVISA essa política tem sido formada com a instituição dos Centros de Orientação ao Viajante localizadas nos pontos de entrada aonde tem representação da ANVISA nos quais os viajantes recebem orientação para a proteção da saúde individual e coletiva. Essas orientações, fornecidas gratuitamente e geradas em sistema informatizado, são disponibilizadas aos viajantes nas áreas de desembarque através de material informativo como informe sonoro, painéis, totens, folhetos e outros, de acordo com a necessidade, além do atendimento no próprio Centro.

Porém, é fundamental que o processo de comunicação da Anvisa com os viajantes internacionais, instituído nesses Centros, seja analisado e identificadas quais as necessidades de informação desse público e quais as estratégias e meios de comunicação mais apropriados para um processo eficaz e ainda é necessário um estudo para se entender como e em que grau o viajante internacional se apropria das informações destinadas a ele pois, de acordo com Moisés (2003) a comunicação em saúde surge não só como uma estratégia para prover indivíduos e coletividade de informações, mas é uma chave, dentro do processo educativo, para compartilhar conhecimentos e práticas que podem contribuir para a conquista de melhores condições de vida. Reconhece-se que a informação de qualidade, difundida no momento oportuno, com utilização de uma linguagem clara e objetiva, é um poderoso instrumento de promoção da saúde.

Assim, esses locais são lócus privilegiado para realizar o estudo preliminar com o qual se espera contribuir para a qualificação no processo de trabalho da ANVISA referente aos viajantes.

Apesar do caráter exploratório, este trabalho apresenta uma análise de entrevistas semi-estruturadas realizadas com atores que realizam comunicação em saúde ao viajante e uma discussão baseada nas respostas, das estruturas hoje existentes. Apresenta, também, a proposta de um instrumento de avaliação para ser aplicado junto aos viajantes permite identificar a percepção do processo de comunicação em saúde realizado por esses centros.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Realizar uma análise da situação da comunicação dos serviços de orientação aos viajantes junto aos usuários, no período de junho a julho do ano corrente, a partir da percepção dos gestores e trabalhadores com a finalidade de subsidiar a qualificação dos processos de trabalho referentes à comunicação e saúde junto aos viajantes, particularmente aqueles internacionais.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar os fluxos de informação existentes entre serviços de orientação ao viajante e os viajantes;
- Identificar estratégias de comunicação utilizadas para a circulação de informação junto aos viajantes;
- Identificar recursos de comunicação (instrumentos, materiais e força de trabalho) institucionais disponíveis;
- Identificar a percepção dos gestores e trabalhadores envolvidos nas atividades de comunicação direta com os viajantes sobre as necessidades de informações.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Comunicação de Risco

Apesar de possuir dois séculos de história, a vigilância sanitária brasileira como objeto de estudo acadêmico é algo bem mais recente na história do país¹. Proporcionalmente, os estudos dedicados a esta área do conhecimento são poucos se comparados à cronologia das práticas de vigilância no país. Esse abismo de diferença entre os 200 anos de atividades contínuas para prevenir o risco sanitário

¹ A assinatura da Abertura dos Portos, por Dom João VI, em 28 de janeiro de 1808, marca também a instituição de um controle sanitário mais efetivo nos portos e nos navios que chegavam ao país. Posteriormente, em 8 de fevereiro do mesmo ano, Dom João VI nomeou o físico-mor do reino e das províncias além-mar com atribuições relacionadas a prevenção de doenças e controle sanitário.

e o volume de conhecimento produzidos sobre esta atividade podem ser explicados pelo modo como a vigilância foi sendo colocada em segundo plano ao longo do desenvolvimento do Brasil. Como afirma Geraldo Lucchese logo na abertura de “Globalização e Regulação Sanitária – Os rumos da vigilância sanitária no Brasil”, foi somente a partir do final do século XX que a vigilância sanitária começou a sair de sua posição marginal. “Os escândalos das falsificações e outros problemas graves que aconteciam principalmente na área dos medicamentos e dos serviços de saúde, nos meses finais de 1997, fizeram com que a sociedade, e o Estado também, tomassem conhecimento da importância da vigilância sanitária” (Lucchese, 2008, p.27)

Por ser a vigilância sanitária um tema recente na pauta do país, seja ela política, acadêmica ou da própria saúde, é mais recente ainda a discussão sobre comunicação de risco. No Brasil, os trabalhos mais consistentes sobre este tema têm cerca de uma década, ou menos, como pode ser constatado em nosso recorte bibliográfico. No entanto, a incipiência do debate e estudos sobre a comunicação de risco não diminuem a urgência do tema para entender uma parte fundamental do trabalho da vigilância que é dialogar com a sociedade sobre os riscos reais e previsíveis que podem afetar a vida de qualquer cidadão.

Na verdade a percepção tardia da vigilância sanitária como uma área prioritária para a saúde pública pode ser um fenômeno brasileiro, mas a discussão sobre comunicação de risco é recente mesmo em seu berço, os Estados Unidos.

Segundo Maria Ligia Rangel, em “Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar”, a comunicação de riscos surgiu nos EUA durante a década de 80 do século XX. Esse conceito apareceu em virtude da necessidade de “*uma estratégia estruturada, para lidar com os riscos ambientais e ocupacionais, desenvolvida tanto por indústrias como por órgãos governamentais*” (Rangel, 2007, p. 1378). Vale lembrar que a década de 80 do século XX reuniu fatores que podem ter tornado oportuno o surgimento da idéia da comunicação de risco como uma área relevante. Para isso temos exemplos como os acidentes radioativos de *Chernobyl*, em 1986 na Ucrânia; e do Césio 137, em 1987 na cidade de Goiânia; e o incêndio na Vila Socó, em 1984 em Cubatão, quando uma falha em um oleoduto provocou um incêndio com 93 vítimas fatais, 500 em estimativa extra oficial². Em “Risco, cultura e comunicação

² <http://www.cetesb.sp.gov.br/Emergencia/riscos/acidentes/soco.asp> (5/10/2009 - 23h01)

na proteção e promoção da saúde” (Rangel 2007), a autora acrescenta ainda como casos clássicos de acidentes, Sevezo – Itália (1976), México (1984) e Bhopal – Índia (1984); todos com ao fator em comum da ausência de uma comunicação de risco.

A comunicação de risco sob o aspecto governamental tem como origem os princípios do *US Public Health Services*³, órgão norte-americano na área de vigilância e defesa civil. Rangel identifica como marco a diretriz desta instituição que preconiza:

“Aceitar e envolver o público como um parceiro legítimo; planejar cuidadosamente e avaliar os esforços realizados; ouvir as preocupações do público específico; ser honesto, franco e aberto; coordenar e colaborar com outras fontes confiáveis; definir a necessidade de mídias; falar claramente e com compaixão”

A análise da diretriz acima permite perceber algumas palavras que os formuladores da idéia consideram fundamental para se ter uma boa comunicação de risco. A diretriz fala em envolvimento do público, planejamento, honestidade, colaboração, falar com clareza e compaixão. Pelo significado desses temos podemos inferir que a comunicação de risco para ser bem sucedida necessita de espaços democráticos, participativos e com transparência de ações. Os elementos da diretriz são importantes de tal forma que podemos supor que a ausência de qualquer um pode comprometer a efetividade da comunicação de risco. Portanto, o objetivo, e desafio, desse tipo de comunicação é conseguir estabelecer um diálogo claro e honesto com a sociedade no momento de informar sobre os riscos inerentes a qualquer atividade. Em última instância, poderíamos dizer que é o limite tênue da definição de alertar e alarmar⁴.

No campo da saúde a comunicação de risco é um componente para o gerenciamento de risco e a tomada de decisão (Costa, 2007). Assim, é algo que supera o modelo simplesmente instrumental de difusão da informação. “Foi concebido para enfrentar situações em que se objetiva ganhar confiança e

³ Instituição pública norte-americana responsável por proteger e promover a saúde e a segurança da população. Sua origem está ligada ao risco à saúde representado pelo tráfego de pessoas por via marinha. Origem semelhante ao surgimento da vigilância sanitária no Brasil.

⁴ Segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2001): Alarmar – pôr-se em alarme, em sobressalto; assustar; alvoroçar / Alertar – pôr em alerta (com vigilância, atentamente; que está atento, ágil, vivo)

credibilidade, quando há elevada preocupação e baixa confiabilidade, requerendo uma estratégia particular (Costa, 2007, p, 23)

Assim, a comunicação de risco é um elemento de fundamental importância para o cumprimento das atribuições da VISA. Afinal o risco é um conceito presente no cerne das atribuições dessa área da saúde. Não é demais lembrar que a missão da própria Anvisa, coordenadora do SNVS, está definida como “*Proteger e promover a saúde da população garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção de seu acesso.*”

No entanto, não surpreende que a comunicação em VISA e, especialmente a comunicação de risco, ainda sejam incipientes ou feitas de forma desarticuladas do SNVS. Para isso contribuiu o fato da VISA no Brasil ser uma área de destaque recente, como visto anteriormente, e a CR um tema relativamente novo. Apesar de tudo, a novidade por si só não explica por completo os motivos pelos quais o sistema de vigilância sanitária ainda carece de mecanismos mais eficazes e eficientes de comunicação com o público.

Como afirma Lucchese, esse problema parece estar relacionado a uma dificuldade crônica de determinadas nações. “*A comunicação é altamente negligenciada pelas agências dos países periféricos que parecem ter grande dificuldade em trabalhar com a mesma*” (in, Rangel, 2007, p.1378). Uma forma possível de constatar essa ‘negligência’ é exatamente confrontando os preceitos da comunicação de risco e a prática comunicacional da VISA no Brasil, por exemplo, por meio de projeto de pesquisa dirigido aos públicos que são afetados pelas estratégias de comunicação, como está neste trabalho.

Maria Lígia Rangel também é taxativa ao afirmar que a comunicação de risco é uma área pouco trabalhada pelas instituições reguladoras no Brasil. (Rangel, 2007). Essa constatação, apenas reforça a urgência de se pensar formas efetivas e aplicáveis de utilizar a CR para aperfeiçoar o trabalho da VISA junto à população exposta ao risco. As instituições públicas no Brasil, incluídas as da área de saúde, têm demonstrado pouca habilidade na informação de risco dirigida ao público (Rangel, 2007, p1378). Para comprovar a precisão desta afirmação basta observar a dissonância entre os princípios do SUS e as práticas comunicativas realizadas pelo sistema único de saúde, conforme será apresentado no tópico seguinte.

Por fim, podemos apontar nosso foco para os problemas inerentes a CR. Afinal de contas, ainda que essa prática se dê em um ambiente democrático, transparente e plural, são inevitáveis os obstáculos que fazem parte de desafio de falar sobre riscos para o grande público. De acordo com Maria Lígia Rangel, os autores da comunicação, de forma geral, identificam que a percepção do risco e sua aceitação está ligada a seu aspecto familiar, controlável, voluntário, passível de gerar benefício ou medo. A autora identifica em Rowan pelo menos sete problemas que estarão presentes no decorrer da implantação e manutenção de uma ação de CR (Rangel, 2007):

- “1 – o analfabetismo científico*
- 2 – estudos científicos complexos e cheios de jargão profissional. Não respondem a pergunta “isto é seguro?”*
- 3 – cientistas e tomadores de decisão não estão de acordo sobre como caracterizar o risco e as ações reguladoras.*
- 4 – muitos riscos são improváveis. A informação é freqüentemente comunicada por grupos ativistas, empresas, políticos e advogados sem credibilidade junto ao público.*
- 5 – os meios de comunicação estão mais interessados em histórias sensacionalistas.*
- 6 – comerciantes de produtos sob críticas geralmente respondem com defesas que vão de ineptas a enganosas.*
- 7 – o público se sente sem poder e temeroso ao ouvir uma nova revelação da ameaça á saúde pública e ao ambiente.”*

A própria autora se antecipa e aponta também a incorreção da comunicação pretensiosa que espera comportamentos ideais de prevenção e proteção da saúde, como se toda informação recebida pelo público fosse apreendida e incorporada aos hábitos das pessoas. Assim podemos ver esse apontamento da autora como um oitavo desafio: promover estratégias que vençam o modelo emissor-receptor. De acordo com Rangel, é preciso *“buscar mediante a comunicação e o diálogo, a compreensão e a negociação de entendimentos, bem*

como a reflexão crítica sobre as práticas sociais em saúde” (Rangel, 2007, p. 1384).

3.2 Comunicação e Princípios do SUS

Para um modelo de comunicação adequado ao papel da Anvisa dentro do SUS é necessário incorporar os princípios doutrinários e legais da saúde pública brasileira à prática de comunicação, pois qualquer idéia que fuja ou contrarie os princípios, estará entrando em contradição com o modelo de saúde pública que se deseja para o país.

A partir do entendimento de que a Anvisa deve ser capaz de atuar para que suas políticas sejam efetivas e sempre orientadas para o exercício da cidadania, é possível entender como a avaliação da comunicação dirigida aos viajantes é importante e pode indicar caminhos para o trabalho da Agência.

Inesita Araújo e Janine Cardoso no livro *Comunicação e Saúde* traçam paralelos entre as diretrizes do SUS e as práticas comunicativas no setor saúde. De forma precisa e questionadora, as autoras perguntam “*como entender e aceitar que a doutrina que orienta o SUS não seja o eixo balizador da prática comunicativa?*” (Araújo, 2007, p. 61). Este é um questionamento sobre o qual é necessário se debruçar para que o resultado final de qualquer proposta de ação comunicativa no âmbito da VISA esteja de acordo como o modelo de saúde pelo qual o Brasil fez opção. A proposta de Araújo e Cardoso (Araújo, 2007) é de que a comunicação na área de saúde pública no Brasil só será efetiva se for capaz de incorporar as bases doutrinárias e organizacionais que dão sustentação ao Sistema Único de Saúde. São esses os princípios:

- Princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade
- Princípios organizativos: descentralização, hierarquização e participação.

Ainda que em um primeiro momento a relação entre esses princípios e as práticas de comunicação possa parecer difícil de estabelecer, ela precisa ser visualizada. É essa luz que Araújo e Cardoso jogam sobre o tema, conforme a síntese feita nos próximos parágrafos.

Universalidade: Se a saúde é um direito de todos, a comunicação também deve ser. Isso significa o acesso ampliado e facilitado às informações necessárias para o exercício do controle social e a possibilidade das pessoas serem interlocutoras, implicando na necessidade de espaços de fala e de escuta.

Um dos erros mais comuns daqueles que atuam nas áreas de comunicação das instituições da saúde pública é acreditar que iniciativas de acesso à informação por meio da transparência da gestão e o uso dos recursos de informática são suficientes para permitir e capazes de por si só realizar a comunicação do SUS com o cidadão. Assim, ao contrário de uma comunicação bipolar, linear e unidirecional, é necessário uma comunicação em rede.

Equidade: Necessidade de perceber o contexto onde a comunicação é realizada, pois *“o acesso não está garantido pela oferta ou pela simples adequação de códigos a um perfil médio dos desejados receptores, mas pela articulação dos contextos de circulação e apropriação”* (Araújo, 2007, p.66). Conforme uma das definições aceitas para equidade significa entender as diferenças existentes entre os diferentes públicos e tratá-las adequadamente. Ou seja, tratar os desiguais com justiça e equilíbrio.

Integralidade: A comunicação não pode ser vista como atividade exclusiva dos comunicadores. Embora seu compromisso e conhecimento sejam necessários, os profissionais de saúde, seja da atenção básica ou especializada, têm um forte componente de comunicação em suas atividades junto à população. *“Uma dimensão importante da integralidade é sua oposição à fragmentação e desarticulação entre os níveis de atenção”* (Araújo, 2007, p.73). Por isso está adequado ao SUS uma modelo em que as ações de comunicação sejam vistas como monopólio de determinados órgãos ou esferas de governo.

Descentralização: Este princípio se opõe a concentração dos meios de produção. O direito de falar e ser ouvido é desigual dentro do SUS. Isto pode ser verificado pelo volume de recursos detidos pelo Ministério da Saúde neste campo e pela dificuldade dos setores não governamentais em fazer circular suas vozes.

A forma centralizada da comunicação apenas reforça o modelo desenvolvimentista e prejudica a possibilidade de uma comunicação equânime (realizada em acordo com o contexto). Um dos maiores obstáculos a incorporação deste princípio na comunicação dentro do SUS e da VISA está no fato de que concentrar comunicação é concentrar poder e o direito de falar.

Hierarquização: É necessário admitir que mais instâncias sejam investidas da competência de falar. O órgão central não deve se eximir de seu trabalho de comunicação, mas deve também apoiar os estados e municípios no seu esforço comunicativo. As comunidades discursivas na área de saúde são várias e redistribuir as capacidades significa “*criar condições para que a polifonia social seja ouvida e de fato considerada*” (Araújo, 2007, p.82) Não se pode aceitar que a voz do nível central seja hegemônica, mas que cada instância possa falar dentro de suas competências.

Participação: Este princípio permeia todos os demais, pois define que a sociedade participe e tenha voz dentro do sistema. Para as autoras, o principal desafio a vencer diz respeito ao direito do nível mais simples de participação que é o direito de trabalhadores e população de serem ouvidos e considerados.

Todas as dificuldades relacionadas à incorporação dos princípios acima, pela comunicação realizada na área de saúde no Brasil e, especialmente, da Comunicação de Risco têm em comum a tendência ao modelo desenvolvimentista, bastante presente nas instituições públicas do Brasil. Este modelo se baseia na idéia de que o simples acesso e a oferta de informações são suficientes para vencer as barreiras da desigualdade que exclui a população e até mesmo os trabalhadores da construção do SUS.

Trata-se de um equívoco sobre o qual Inesita Araújo faz o alerta em “Ligações estratégicas: comunicação, políticas públicas e intervenção social”. Como defende a autora, é preciso considerar o conceito do capital simbólico “*o poder de fazer ver e fazer crer*” como lembra Araújo, citando Pierre Bourdieu. Uma reflexão nesse sentido permitirá perceber se estamos falando de um sistema de comunicação hegemônico ou plural. Portanto, tendo em consideração as diretrizes da Comunicação de Risco e os princípios norteadores do SUS, não é difícil perceber que hegemonia e monólogo são idéias exatamente opostas ao modelo de saúde pública e comunicação em saúde desejado para o país e em acordo com a Constituição de 88.

3.3 A comunicação na intervenção social

Durante a década de 30 do século XX uma das teorias relacionadas ao estudo e entendimento da comunicação de massa que tomou corpo foi a Teoria Hipodérmica. Essa teoria “é uma abordagem global aos *mass media*, indiferente à diversidade existente entre os vários meios e que responde sobretudo à interrogação: que efeito têm os *mass media* numa sociedade de massa?” (Wolf 1987). Sua premissa é considerar que a mensagem emitida pelos meios de comunicação poderia afetar milhares de indivíduos da mesma forma e com o mesmo efeito. Daí a justificativa para o segundo nome atribuído a ela: Teoria da Bala Mágica. Isto é, algo capaz de atingir os indivíduos e, sem dificuldades, penetrar com uma agulha no corpo de cada um. Seu modelo se baseia em um desenho de estímulo-resposta, em que cada estímulo midiático provoca uma resposta do espectador.

É interessante observar que o contexto do desenvolvimento dessa teoria ocorreu entre as duas grandes guerras, em uma época de consolidação de regimes totalitários que dependiam dos meios de comunicação para falar às suas populações e sustentar o discurso nacionalista. Também faz parte desse contexto a própria novidade representada pelos meios de comunicação, dos quais o rádio era o mais proeminente. Esse modelo sofreu críticas de autores posteriores por desconsiderar os aspectos de cada indivíduo e variáveis que podem afetar a assimilação das mensagens pelo público. Podemos citar como exemplos Lasswell, que propõe uma análise de conteúdo e a abordagem sobre a persuasão, que considera os processos psicológicos com intervenientes do efeito da mensagem (Wolf, 1987).

Não se trata aqui de se debruçar sobre o entendimento acerca dos meios de massa e as diferentes teorias existentes nessa área. No entanto, é curioso observar como a idéia por trás dessa teoria explica um antigo problema da comunicação em saúde: o desafio de utilizá-la como instrumento de intervenção social. Este problema tem sido materializado pelos pensadores da comunicação em saúde na forma de uma crítica ao modelo difusionista. Semelhante à teoria hipodérmica, o modelo difusionista criticado na área de saúde, pressupõe o envio de mensagens e a sua assimilação pela população, sem considerar os diferentes fatores que tem influência nesse processo.

Como constata Araújo, por algumas décadas, *“a comunicação aplicada à intervenção social foi pensada e realizada dentro do paradigma difusionista, que tem como premissa a relação causal entre comunicação e desenvolvimento”* (Araújo, 2002, p.215). Esta visão se fundamenta na prerrogativa que durante muito tempo sustentou que o *“subdesenvolvimento era produto da falta de educação e de informação das populações e que, para superá-lo, o caminho era difundir informações adequadas sobre procedimentos e atitudes que deveriam ser adotados pelas pessoas”* (Araújo, 2002, p.216). Assim a comunicação se torna um elemento estratégico do campo político em que mais e mais recursos serão investidos para suprir a sociedade de informações que permitam superar o subdesenvolvimento.

De fato, este modelo não desapareceu e pode ser percebido ainda nos dias atuais, na forma como as campanhas de comunicação para a saúde são apresentadas ao público. Ainda que a comunicação de risco e seus conceitos avancem e ganhem mais espaço na discussão das políticas públicas, o investimento maciço em campanhas de adoção de hábitos para a superação dos problemas sociais persiste como estratégia (Araújo, 2002)

Essa persistência tem razões diversas, sobre as quais podemos citar alguns já vistos aqui:

- 1 – O somente recente papel da VISA como área prioritária da saúde.
- 2 – A relativa novidade representada pela idéia de uma Comunicação de Risco
- 3 – O descompasso das práticas de comunicação com os princípios do SUS
- 4 – O direcionamento de esforços, ainda presente, para uma prática difusionista na comunicação dentro do SUS.

Sobre este último é importante lembrar que no processo de legitimação discursiva quem consegue visibilidade midiática aumenta seu capital simbólico, como explica o conceito de Bourdie – o poder de fazer ver e fazer crer. Motivo pelo qual as práticas de comunicação significam também uma disputa pelo poder.

“As políticas públicas são propostas com base em discursos aceitos como mais legítimos que outros. Quem consegue fazer valer seu modo de perceber e analisar a sociedade tem mais poder, porque interfere sobre a definição de

prioridade e distribuição de recursos para o campo social. E controle de recursos significa poder, como sabemos” (Araújo, 2002, p.220).

Como aponta Araújo, o sucesso das políticas sociais se dá na medida em que a população se apropria desta política e, portanto, depende da qualidade dos processos comunicacionais. O desafio está em perceber a prática comunicativa para além da evidência dos meios de comunicação e perceber o público como participante e coautor das estratégias nessa área.

4. MARCO INSTITUCIONAL

Com o final da Segunda Guerra Mundial, o conceito de globalização vem se desenvolvendo e atualmente denota muito mais do que a ampliação de relações e atividades sociais. A globalização sugere uma magnitude ou intensidade crescente de fluxos globais, e em consequência disso, ocorrências e fenômenos distantes podem passar a ter sérios impactos internos, enquanto os acontecimentos locais podem gerar repercussões globais de peso. É nesse contexto que a saúde, entendida com bem-estar individual, como interesse coletivo, como condição essencial de vida em liberdade e como problema global, se insere.

Assim, não pode haver saúde sem governo e seguindo essa linha o Brasil, em sua Constituição Federal determina que *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* e essa atribuição ao poder público se dá através do poder de regulamentação e de polícia, ações inerentes as atividades desenvolvidas pela vigilância sanitária.

Até 1999 as atribuições de vigilância sanitária no âmbito federal estavam sob a responsabilidade direta do Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Vigilância Sanitária. Assim, a competência em relação à comercialização de produtos e serviços destinados a saúde humana estavam restritos a atuação de uma parte do Ministério, não tendo independência administrativa, financeira e política.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, definido pela Lei nº. 9782, de 26 de janeiro de 1999, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde. Esse modelo

político-administrativo tem como características a independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira, cabendo a agência a função regulatória do maior número dos fatores de risco possíveis à saúde da população. Essa regulação visa minimizar a influência de agentes privados em atividades importantes para a sociedade.

Para cumprir sua finalidade institucional determinada no artigo 60 da Lei 9782/99, *“promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a ele relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras”* a Anvisa exerce seu poder regulatório na área social através da normatização e fiscalização do cumprimento dessas normas.

Porém, verificam-se que para que esse poder seja exercido de forma plena, alguns eixos precisam ser cuidadosamente analisados: o político, o tecnológico, o jurídico e a ideológica. Com relação ao eixo jurídico, a atuação da vigilância sanitária na proteção da saúde da população tem implicações legais tendo em vista estar intimamente ligada ao eixo político na medida em que sua atuação na proteção da saúde da população influi diretamente no modo de produção econômico e social.

Nesse contexto a avaliação de risco e a comunicação de risco são fatores inerentes ao ajuste da prevenção com o balanço econômico e ainda estão inseridos no eixo tecnológico, no qual o suporte das diversas áreas do conhecimento contribui para a constituição desses dois pilares. Por fim, tem-se o eixo ideológico caracterizado pela forma de como a vigilância se apresenta para atuar e enfrentar os problemas rotineiros. A partir do exposto, tem-se que o Estado deve ser capaz de gerenciar suas atividades para tornar efetivas as decisões de governo e as políticas públicas, assim como exercer o controle social e na mesma linha de raciocínio, a Anvisa deve atuar em benefício da saúde da população com autonomia e de forma descentralizada privilegiando a cidadania de todos.

4. 1. Organização Institucional

Realizando um recorte de todas as áreas apresentadas inicialmente, destaca-se o controle sanitário dos portos, aeroportos e fronteiras. Com a criação

da Lei Orgânica de Saúde, Lei nº 8.080 de 17 de julho de 1990, que regulamentou o Sistema Único de Saúde – SUS ficou definido o papel do governo federal como guardião das suas fronteiras, cabendo ao Ministério da Saúde a execução das ações de vigilância sanitária nas áreas de portos, aeroportos e fronteiras. A Lei nº 9.782 vem complementar as legislações anteriores, determinando a regulamentação, o controle e a fiscalização de produtos e serviços que envolvam riscos à saúde pública, dispondo em seu artigo 2º inciso IV a obrigação de “...exercer a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras...”.

Considerando as competências institucionais da Anvisa, sendo uma delas “coordenar e executar as ações de vigilância sanitária nas áreas de portos, aeroportos, fronteiras, entrepostos e terminais alfandegados” (art.2º, inciso XXVI da Portaria nº. 593, de 25 de agosto de 2000 - Regimento Interno), torna-se essencial o conhecimento e a ampliação de suas ações de vigilância sanitária, com o intuito de cumprir sua missão de promover e proteger a saúde pública, participando da construção de seu acesso. Para o desenvolvimento dessas ações, nas quais estão inseridas a vigilância e controle sanitário de pessoas, meios de transporte, bens e produtos nas áreas de portos, aeroportos e fronteiras, foi criada a Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados – GGPAF/Anvisa.

Para otimizar o desempenho das macro-atribuições da Gerência Geral, foram instituídas cinco Gerências através da Portaria ANVISA nº 406, de 14 de outubro de 2005, a saber: Gerência de Inspeção de Produtos e Autorização de Empresas em PAF; Gerência de Planejamento, Avaliação e Acompanhamento em PAF; Gerência de Infra-Estrutura, Meios de Transporte e Controle de Vetores em PAF; Gerência de Orientação e Controle Sanitário de Viajantes em PAF; e Gerência de Projetos Especiais em PAF.

Dentre essas, as três gerências a seguir possuem atribuições técnicas, dentre as quais:

- Gerência de Inspeção de Produtos e Autorização de Empresas em PAF: propor mecanismos de prevenção e controle sanitário de bens e produtos em portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados; planejar, coordenar, monitorar e avaliar critérios para garantia e manutenção sanitária de empresas e serviços em portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados;

- Gerência de Infra-Estrutura, Meios de Transporte e Controle de Vetores em PAF: planejar, orientar e controlar ações de vigilância sanitária nas áreas de infra-estrutura e meios de transporte de portos, aeroportos e fronteiras; propor ações educativas em vigilância sanitária nas áreas de infra-estrutura e meios de transporte em portos, aeroportos e fronteiras;
- Gerência de Orientação e Controle Sanitário de Viajantes em PAF: planejar, orientar e controlar as ações sanitárias de viajantes em seus respectivos meios e vias de transporte aéreos, marítimos, fluviais, lacustres e terrestres do país com a finalidade de estabelecer medidas para impedir a introdução de doenças emergentes e reemergentes; propor ações educativas para o controle sanitário de viajantes, indivíduos expostos à riscos decorrentes da prestação de serviço em portos, aeroportos e fronteiras e recintos alfandegados; supervisionar, orientar e propor medidas de educação sanitária em salas de orientação para viajantes em portos, aeroportos e fronteiras.

Observa-se que as ações de controle sanitário nas áreas de PAF encontram-se embasadas no processo de fiscalização, onde a inspeção sanitária dos produtos, serviços e ambientes, neles se incluem os meios de transportes, é o instrumento mais valioso para a proteção da saúde da população. Atualmente os viajantes são peças fundamentais no controle sanitário dessas áreas, tendo em vista que as viagens internacionais são realizadas por um número cada vez maior de pessoas devido a razões de ordem profissional, social, recreativa e humanitária. Além disso, um número cada vez mais elevado de pessoas viaja distâncias maiores e a velocidades mais rápidas, situação esta que tende a desenvolver-se. Por esse motivo, os viajantes encontram-se expostos a uma variedade de riscos para a saúde em ambientes com os quais não estão familiarizados. A maioria desses riscos pode ser minimizada mediante a colocação em prática de precauções adequadas antes, durante e depois da viagem.

Neste cenário, a Gerência de Orientação e Controle Sanitário de Viajantes, respaldada pelo Regulamento Sanitário Internacional, é ator social fundamental para a implementação de medidas sanitárias, pois define as diretrizes para a efetivação desse controle e constitui-se em dinamizadora da rede de produção de sentidos sobre a saúde de viajantes.

4.2 Regulamento Sanitário Internacional

O Regulamento Sanitário Internacional (2005) é o documento oficial da Organização Mundial de Saúde - OMS que ampara juridicamente e recomenda aos países membros cumprirem suas normas e preceitos, com vistas a assegurar o máximo de segurança contra a disseminação de doenças de interesse em saúde pública internacional.

Os antecedentes do RSI datam das primeiras medidas para tentar bloquear a entrada de epidemias nos países. As práticas de quarentena são conhecidas desde o século XV, quando as epidemias começaram a ameaçar o trânsito de mercadorias e os países tiveram que adotar algumas posturas defensivas com objetivo principal de garantir a aceitação dos produtos no mercado internacional. A prática da quarentena disseminou-se entre diversas cidades, e no final da Idade Média todas as cidades européias dispunham de um regulamento de quarentena acionado com rigor nas situações epidêmicas.

Esta prática, com o passar do tempo, também começa a criar uma série de obstáculos ao trânsito de pessoas e mercadorias, forçando o início da discussão da necessidade de cooperação internacional na saúde. Em 1851 acontece a 1ª Conferência Sanitária Internacional em Paris, ponto de partida para outras conferências que aconteceram no transcorrer do século, resultando na assinatura dos primeiros tratados e na constituição dos primeiros organismos internacionais para tratar as questões de saúde.

Em 1946, após a 2ª guerra, na Conferência Sanitária Internacional realizada em Nova Iorque é constituída a Organização Mundial de Saúde (OMS). A instância máxima da Organização é sua Assembléia Geral, que decide convenções, regulamentos e recomendações, que de acordo com a Constituição da OMS, devem ser aprovados por maioria de dois terços, entrando em vigor quando aceitos pelo Estado Membro.

Em 1951 foi elaborado o Regulamento Sanitário Internacional, na 4ª Assembléia Mundial de Saúde, trazendo como doenças quarentenáveis: cólera, peste, febre amarela, varíola, febre tifóide e febre recorrente. Em 1969, sofre a primeira revisão, sendo excluídas da lista de doenças de controle internacional a febre tifóide e a febre recorrente. Em 1973 abandona-se o Certificado de Vacinação Contra Cólera e em 1981, com a erradicação da varíola, esta é excluída do texto do Regulamento.

Em 1995 a Assembléia Geral da OMS recomenda a revisão do RSI de 1969, com a justificativa de adequá-lo ao novo cenário global, caracterizado pela intensificação do fluxo de pessoas e mercadorias entre os países, o que significa ampliação do risco de disseminação de doenças. O RSI de 1969 tem como limitações a notificação restrita à cólera, peste e febre amarela, com organização dos serviços de saúde, portos, aeroportos e fronteiras equipados para aplicar o RSI somente para estas três doenças, com medidas sanitárias obsoletas, que não dão conta de atender ao surgimento de doenças emergentes e re-emergentes com grande potencial de disseminação. As medidas de saúde adotadas visam atender ao máximo o tráfego internacional, de caráter rígido e punitivo, sem incentivo a notificação.

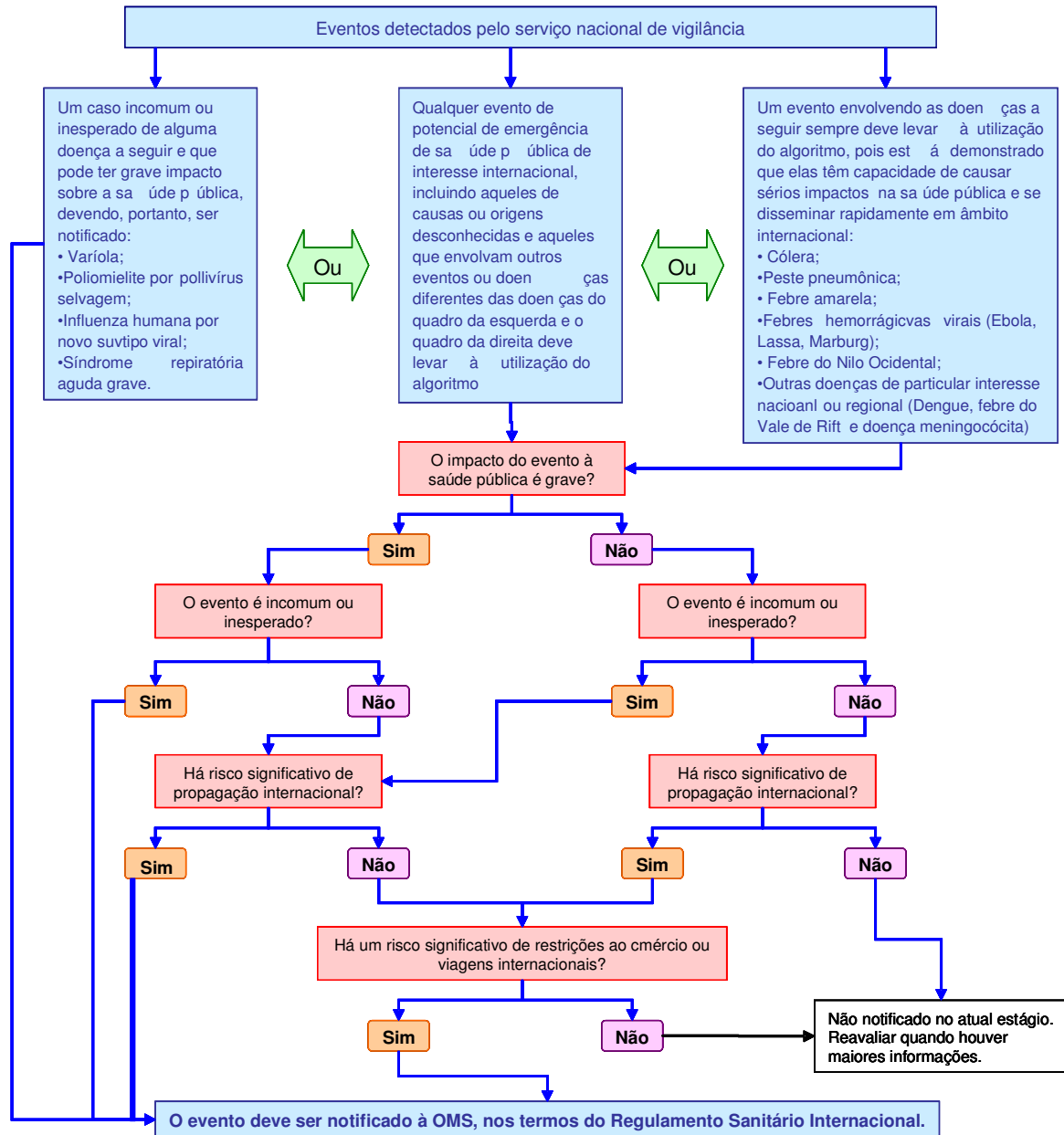
A última versão do RSI foi divulgada em maio de 2005 com entrada em vigor em junho de 2007. Esta nova versão traz como mudanças principais em relação ao RSI de 1969, a notificação de todas as Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII); autoriza a OMS a usar outras fontes de informação, além das notificações oficiais dos países; define o Centro Nacional para comunicação com a OMS (no Brasil é o Centro de Informações Estratégicas em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde); define capacidades mínimas em vigilância e em controle sanitário de portos, aeroportos, pontos e passagens de fronteiras; moderniza medidas de rotina em portos, aeroportos, pontos e passagens de fronteiras e recomenda medidas de saúde pública para o manejo de emergências internacionais. O RSI prevê uma integração das atuais atividades da OMS em alerta e resposta a epidemias; passa a considerar assessoria externa para aplicar o RSI; como um comitê de emergências para determinar se um evento constitui uma ESPII e para formular, modificar ou prorrogar recomendações temporais e declarar concluída a ESPII. Além do comitê de emergências, conta, também, com um comitê de revisão que prestará assessoria para formular recomendações sobre emendas ao regulamento, modificações de recomendações permanentes, ou sua anulação e analisar assuntos de implementação do RSI.

O processo de notificação e adoção de medidas de controle sanitário, de acordo com o RSI/2005, consiste em: identificação de eventos que podem constituir Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, avaliação e caracterização do evento, comunicação do evento a OMS, avaliação do evento

(país afetado, OMS, Comitê de Emergência), comunicação aos demais países e recomendação de medidas de controle.

Deverão ser notificados os eventos que se constituem emergência de saúde pública, ou seja, eventos de grande repercussão que exigem uma ação imediata, surtos de doença que tenham potencial epidêmico, independente de natureza, origem ou fonte, eventos inusitados ou imprevistos ou com elevada morbidade e mortalidade diferente da habitual. Também serão notificados eventos com risco de propagação internacional e de restrições ao comércio ou tráfego de pessoas.

Instrumento de Decisão para a Avaliação e Notificação de Eventos que Podem Constituir uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional



Fonte: RSI (2005)

a – Segundo as definições de casos estabelecidas pela OMS.

b – Esta lista de doenças será utilizada exclusivamente para os fins deste Regulamento.

O RSI 2005 tem como propósito, de forma mais ampla, “prevenir a propagação internacional de doenças, proteger contra essa propagação, controlar

e dar uma resposta de saúde pública proporcionada e restrita aos riscos de saúde pública, evitando ao mesmo tempo as interferências desnecessárias ao tráfego e comércio internacionais.” Este novo enfoque revela a necessidade de conhecimento e ampliação da discussão do preconizado nessa norma. Desta forma, para atender à proposta do RSI (2005), os pontos de entrada necessitam estabelecer capacidades básicas, adotar estratégias de atuação que permitam fornecer uma resposta rápida em saúde pública, mensurando e minimizando os riscos advindos de eventos de importância internacional no sentido de garantir a segurança do tráfego e comércio internacional.

4.3 Os Centros de Orientação à Saúde do Viajante

Nesse contexto o Brasil tem trabalhado com base no processo de notificação de doenças, observado na formulação de serviços de medicina do viajante. A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) participou da investigação de 100 surtos, desde o ano 2000. Diante deste cenário e continuando o processo de estruturação e aperfeiçoamento do serviço de recebimento, processamento e resposta oportuna às emergências epidemiológicas, a SVS/MS inaugurou em março de 2006 o seu Centro de Informações. O Centro tem como objetivo coordenar o sistema nacional de vigilância em saúde do país, sendo seu foco principal o acompanhamento de um conjunto de doenças que, pelo seu elevado potencial de disseminação são riscos à saúde pública. Dispõe de uma sala especialmente equipada com os mais modernos recursos tecnológicos para receber informações sobre a ocorrência de surtos e emergências epidemiológicas que coloquem em risco a saúde da população em qualquer local do país. Alguns estados do país dispõem de um Centro dedicado à atenção a saúde do viajante, dentre eles destacam-se o:

- Centro de Informação em Saúde para Viajantes (CIVES) no estado do Rio de Janeiro. Implantado em março de 1997, com o apoio do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC) da UFRJ, tendo como objetivos: prevenção de doenças em viajantes, através do atendimento individual e consultoria para empresas; produção, coleção, análise e disseminação de informações relativas à profilaxia de doenças em viajantes; organização de um sistema de vigilância para doenças infecciosas emergentes.

- Núcleo de Medicina do Viajante no estado de São Paulo. Inaugurado em 26 de maio de 2000 pelo Instituto de Infectologia Emílio Ribas, com o objetivo de minimizar o risco de adoecimento durante viagens, realizar precocemente o diagnóstico e instituir o tratamento adequado imediato frente a doenças que possam surgir em decorrência da viagem. O núcleo conta com uma estrutura ambulatorial e um centro de imunizações para o atendimento dos viajantes, além da retaguarda caso necessário de pronto-socorro e internação.

Porém percebe-se que o tipo de informação destinada ao CIEVS visa à adoção, de forma ágil, de medidas adequadas para a investigação epidemiológica e bloqueio da disseminação de doenças, através do acompanhamento do comportamento epidemiológico da doença e, se necessário, o envio de equipes treinadas para detecção e resposta de surtos. Trata-se, dessa forma, de uma comunicação de emergência e não preventiva, visando impedir a disseminação da doença e não a sua prevenção.

Com o foco na proteção e promoção da saúde, foi publicada no DOU de 31 de março de 2008, da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº. 21, de 28 de março de 2008, que dispõe sobre a Orientação e Controle Sanitário de Viajantes em Portos, Aeroportos, Passagens de Fronteiras e Recintos Alfandegados, direcionando as ações da GGPAF/ANVISA, para a orientação sobre os principais cuidados com a saúde e exigências sanitárias do Brasil e demais países.

Para o sucesso das ações de vigilância para o controle sanitário de viajantes é fundamental que os trabalhadores de portos, aeroportos e fronteiras reflitam sobre o cuidado com os viajantes e também sobre a importância dessa atividade no seu trabalho cotidiano. Essa reflexão é necessária, pois o modelo tradicional de atenção à saúde dos viajantes adotado pela vigilância sanitária começa a ser questionado por suas características fragmentárias, dificultando a articulação intersetorial e interinstitucional. Além disso, vem se percebendo a característica reducionista desse modelo que tem como principal ponto de intervenção o controle do Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia (CIVP) e a prática de vacinação apenas contra a febre amarela. Tais características reforçam a necessidade de produzir uma mudança de concepção sobre o que é fazer controle sanitário de viajantes. Para que as práticas de vigilância que

possibilitam esse controle sejam eficientes, eficazes e efetivas é fundamental que a orientação atue como elemento integrador.

A orientação ao viajante corrobora e atua como uma estratégia de prevenção dos agravos de importância em saúde pública, destacando-se a informação quanto aos cuidados em saúde e exigências sanitárias a serem adotadas em viagens internacionais; informação e sensibilização quanto à necessidade de notificação de qualquer evento de interesse à saúde pública; orientação sobre agravos imunopreveníveis de interesse a saúde pública (como febre amarela, rubéola, sarampo, dentre outras), enfatizando a importância da vacinação e manutenção do calendário vacinal em dia; e a informação o viajante acerca de cuidados necessários no transporte de medicamentos e desembarque no Brasil de bens e produtos sob vigilância sanitária. Para que essa atividade fosse instituída nas áreas de portos, aeroportos e fronteiras, a RDC 21/2008, em seu artigo 19 consolida a criação e o papel dos Centros de Orientação ao Viajante, já previstos dentre as atribuições da Gerência de Controle e Orientação de Viajantes – GCOVI, dispostas no Capítulo VIII, Seção II, artigo 48 inciso XVI da Portaria 354, de 11 de agosto de 2006.

Esse Centro de Orientação tem por objetivo atender o disposto acima e para tal deverá dispor de estrutura física e material, qualificação de recursos humanos, fluxos de informação e estratégias de comunicação. Este último se constitui em um componente fundamental para a composição desse Centro e estará sendo enfatizado visto o necessário estreitamento dos canais de comunicação entre a agência e os viajantes para a construção de políticas e práticas de comunicação mais coerentes com as necessidades de saúde da população.

Visando facilitar o acesso dos viajantes as orientações nos Centros de Orientação ao Viajante, bem como em qualquer lugar que o mesmo tenha acesso a internet, a ANVISA dispõe de sistema informatizado, Sistema de Informação de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (Sispaфра). Esse sistema é acessado da mesma maneira que os demais sistemas corporativos, seguindo os padrões institucionais e disponibiliza ferramentas de orientações sobre exigências sanitárias e cuidados necessários durante a viagem, bem como gerenciar o atendimento prestado em vacinação, emissão de Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia – CIVP, além de constituir-se numa ferramenta de

educação para os trabalhadores de PAFRA. Essa concepção de sistema permite ao viajante realizar o auto-atendimento para orientações via internet o que gera um pré-cadastro, além de consultar sua situação vacinal e seu Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia – CIVP quando essas informações forem lançadas em um posto da ANVISA em PAF.

5. METODOLOGIA DA PESQUISA DE CAMPO

5.1. Universo da pesquisa

Para amostragem foram definidos os seguintes universos: Os Centros de Orientação ao Viajante da Anvisa localizados nos aeroportos Internacionais de São Paulo e do Rio de Janeiro e os Núcleos de Medicina do viajante do estado de São Paulo e Rio de Janeiro.

A escolha dos aeroportos se justifica por estes estados serem a principal porta de entrada de viajantes internacionais no Brasil. Levou-se em consideração à importância destes complexos aeroportuários. De Guarulhos partem e chegam vôos procedentes e com destino a 26 países e segundo dados da Embratur, cerca de 40% dos turistas estrangeiros que visitam o Brasil escolhem o Rio como porta de entrada e, conseqüentemente, o aeroporto do Galeão.

A área pesquisada na Anvisa foi a Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados – GGPAF/ANVISA, mais especificamente a Gerência de Orientação e Controle Sanitário de Viajantes em PAF – GCOVI/GGPAF/ANVISA. O corte foi definido através da verificação das atribuições das gerências e núcleos que compõe a ANVISA, dispostas na Portaria ANVISA nº 354, de 11 de agosto de 2006 e Portaria ANVISA nº 406, de 14 de outubro de 2005, a saber:

“Art. 42. São atribuições da Gerência-Geral de Portos, Aeroportos e Fronteiras e Recintos Alfandegados:

I - orientar e controlar as atividades sanitárias que visem evitar a introdução e expansão de doenças transmissíveis e seus vetores, através de portos, aeroportos, fronteiras, e seus respectivos terminais de passageiros e

cargas, entrepostos, estações aduaneiras, meios e vias de transporte aéreos, marítimos, fluviais, lacustres e terrestres do país, em consonância com os órgãos de saúde dos níveis estadual e municipal, bem como com outros órgãos federais atuantes na área;”

“Art. 64-B. À Gerência de Orientação e Controle Sanitário de Viajantes em PAF compete:

VII - propor ações educativas para o controle sanitário de viajantes, indivíduos expostos à riscos decorrentes da prestação de serviço em portos, aeroportos e fronteiras e recintos alfandegados;”

Vale ressaltar que ligada a GPPAF estão as Coordenações de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados - CVPAF e os Postos de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados – PTPAF responsáveis por executar as ações de prevenção e controle sanitário nos pontos de entrada.

5.2.Operacionalização da pesquisa

No estudo exploratório foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, possibilitando assim identificar a existência ou não de um projeto de atendimento ao viajante; a estrutura de trabalho existente; quais as principais demandas existentes e como chegam ao centro; as dificuldades e facilidades existentes no serviço; e recomendações para os Centros de Orientação ao Viajante da Anvisa.

Os quatro grupos entrevistados foram:

- Responsáveis pelo Núcleo de Medicina do Viajante do estado do Rio de Janeiro;
- Responsáveis pelo Núcleo de Medicina do Viajante do estado de São Paulo;
- Responsáveis pelo Centro de Orientação aos Viajantes localizado no Posto de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados – PTPAF do estado do Rio de Janeiro;

- Responsáveis pelo Centro de Orientação aos Viajantes localizado no Posto de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados – PTPAF do estado de São Paulo.

De acordo com TEMPORINI, E. R., 1986, em estudos exploratórios não existe um número pré-determinado de etapas; serão realizadas tantas quantas forem necessárias, até a elaboração de um instrumento totalmente estruturado.

Vale ressaltar que as entrevistas com cada grupo foram realizadas em momentos diferenciados, sendo necessária apenas um único encontro com cada grupo. Esta particularidade se deve ao fato do entrevistador, um dos autores do trabalho, já conhecer o assunto discutido, sendo, portanto possível conduzir as entrevistas que possibilitou que as mesmas fossem realizadas *em profundidade* e dirigidas. Para tanto, usou-se um roteiro para as entrevistas, contendo apenas tópicos sobre os quais se pretendia conversar, cabendo ao entrevistador, conduzir a discussão para que todos os tópicos fossem abordados. Todas as entrevistas foram gravadas e degavadas posteriormente pelos integrantes do grupo.

O material colhido foi abundante, porém com conteúdo similar, ficando fácil perceber-se uma linha condutora.

Na etapa seguinte da pesquisa exploratória, os dados foram colocados sob a forma de tópicos e foram comparados entre os quatro grupos entrevistados. Esta etapa da pesquisa visou compilar os pontos comuns levantados entre os grupos, classificando-os e catalogando-os. Nesta etapa, se destacou a importância do conhecimento do universo pesquisado por parte dos profissionais pesquisadores.

Na fase II do estudo, um questionário (Anexo II) de avaliação do impacto das informações em saúde repassadas aos viajantes nos serviços foi estruturado, e uma amostra para aplicação do mesmo definido, ambas levando-se em conta os achados dos grupos focais entrevistados.

5.3 Cronograma das Entrevistas

As entrevistas foram realizadas na seguinte ordem cronológica:

- 1. Centro de Orientação ao Viajante – Posto Aeroportuário do Rio de Janeiro:**

No dia 01 de julho de 2008 foi realizada reunião no Posto Aeroportuário do Galeão tendo como participantes a responsável pelo serviço, representantes do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS/MS e representante da Gerência Geral de Portos, Aeroportos e Fronteiras – GGPAF/Anvisa.

2. Centro de Informação em Saúde para Viajantes (CIVES) no estado do Rio de Janeiro:

No dia 02 de julho de 2008 foi realizada reunião no CIVES tendo como participantes a responsável pelo centro, representantes do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS/MS e representante da Gerência Geral de Portos, Aeroportos e Fronteiras – GGPAF/Anvisa.

3. Núcleo de Medicina do Viajante no estado de São Paulo - Hospital das Clínicas (HC) - Ambulatório do Viajante:

No dia 03 de julho de 2008 foi realizada reunião no HC tendo como participantes a responsável pelo Núcleo, representantes do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS/MS e representante da Gerência Geral de Portos, Aeroportos e Fronteiras – GGPAF/Anvisa.

4. Instituto de Infectologia Emílio Ribas - Clínica de Medicina do Viajante:

No dia 03 de julho de 2008 foi realizada reunião no Emílio Ribas tendo como participantes a responsável pela Clínica, representantes do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS/MS e representante da Gerência Geral de Portos, Aeroportos e Fronteiras – GGPAF/Anvisa.

5. Centro de Orientação ao Viajante – Posto Aeroportuário de São Paulo (Guarulhos):

No dia 04 de julho de 2008 foi realizada reunião no Posto Aeroportuário de Guarulhos tendo como participantes a responsável pelo serviço, representantes do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS/MS e representante da Gerência Geral de Portos, Aeroportos e Fronteiras – GGPAF/Anvisa.

6. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS SEMI- ESTRUTURADA

A análise da degravação das entrevistas semi-estruturadas (Anexo I) orientou a elaboração das observações que se seguem. Nessa análise foram detectados, na fala dos responsáveis pelos núcleos, os principais problemas existentes de infra-estrutura, metodologia e instrumentos para comunicação em saúde para os viajantes atendidos.

Somente o CIVES apresentou um projeto de planta física para a área de atendimento ao viajante, os demais centros iniciaram suas atividades em geral como uma iniciativa de professores que trabalhavam com a medicina do viajante e tinham o interesse em desenvolver um serviço voltado para tanto dentro de suas instituições. No caso específico do Hospital das Clínicas de São Paulo, a Secretaria de Saúde no Estado também passou a ser uma contribuidora no processo de trabalho e fornecimento de vacinas e medicamentos para quimioprofilaxia.

A estrutura de trabalho existente de todos os centros é parecida, pois existe a necessidade de um pré-agendamento para a realização do atendimento. Somente o HC e Emilio Ribas atendem o viajante que chega de última hora e realizam a orientação de pré-viagem. As orientações durante e após a viagem são comprometidas devido a não possibilidade de acompanhamento do viajante durante a sua viagem e devido ao fato de no seu retorno, o viajante não passar obrigatoriamente pelo serviço e nem ser contatado para a obtenção de um retorno a respeito do impacto da informação repassada.

As demandas de todos os centros eram de viajantes de nível superior que conheciam de “boca a boca” o serviço, e segundo a percepção dos servidores nos últimos meses o perfil do viajante mudou e passou a ser de trabalhadores de nível médio que se deslocam a trabalho principalmente para o continente africano. Esta alteração no perfil da viagem é fundamental para uma mudança na forma de comunicação, bem como no tipo de informação a ser repassada. Segundo a OMS, o viajante que irá residir em outros países está sujeito a uma maior quantidade de fatores de risco se comparado ao viajante que está temporariamente somente a turismo em um país.

Dentre as principais dificuldades citadas por todos os núcleos, destacamos:

- Fica evidente a falta de padronização das informações repassadas pelos diversos centros ao viajante;

- Existe uma dificuldade na captação da informação em fontes aleatórias de sites internacionais;
- O acesso formal a vacinas e quimioprofilaxia que estejam fora do calendário do adulto é complicado, cabendo a cada centro realizar uma forma alternativa de encaminhamento a serviços desvinculados e em diferentes localidades para obter este acesso;
- Os centros não dispõem de banco de dados unificado, o que inviabiliza uma avaliação do perfil do viajante que utiliza estes serviços;
- Nenhum dos centros realiza uma análise rotineira dos dados, apresentando assim dados defasados na reunião;
- Todos os centros relataram a falta de acesso a informações em saúde de forma oportuna, o que revela um déficit de comunicação existente entre os diversos órgãos de saúde do país;
- Foi relatado por todos os centros, a necessidade de realizar uma avaliação do impacto da informação repassada ao viajante;
- A capacidade de recursos humanos disponível é insuficiente caso a demanda aumente;
- É consenso que há a falta de uma política nacional do viajante.

A partir de uma reflexão nos problemas encontrados nos serviços, podemos inferir que a principal recomendação do grupo seria o debate, em nível nacional, de uma política nacional do viajante que contemplasse todos os elementos correlacionados na atenção ao viajante. Seriam estes elementos a captação, análise e disponibilização em tempo oportuno, da informação em saúde para os centros de orientação ao viajante; à padronização das atividades de orientação, vacinação, quimioprofilaxia e assistência à saúde destes viajantes; a criação de uma ficha de coleta de dados e um banco unificado que gerasse informação sobre o perfil do viajante a ser trabalhado, facilitando assim a construção da informação a ser repassada para este viajante; a avaliação do impacto da informação repassada para o viajante, com avaliação das informações passíveis de serem seguidas, que por sua vez levará a uma reavaliação da forma em que será realizada a informação ou da real necessidade desta; e por fim, a

criação de mecanismos de capacitação dos profissionais que trabalham com a saúde do viajante, lembrando que esta deverá contemplar uma constante aprimoração do saber, com cursos de atualização periódicos.

6.1 Síntese das Entrevistas Semi-Elaboradas com os Centros de Medicina do Viajante de São Paulo e Rio de Janeiro.

Núcleo de Medicina do Viajante no estado de São Paulo

- Perfil dos profissionais que trabalham no HC: Infectologistas com mestrado em Imunização;
- O HC é ponto de ligação com o Núcleo de Medicina Tropical - NMT em Santarém/PA. No NMT trabalham 7 (sete) médicos que realizam atividades de campo – pesquisa e protocolos;
- O HC é uma parceria com a Superintendência de Controle de Endemias – SUCEN, autarquia vinculada à Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo;
- A Superintendência de Controle de Endemias – SUCEN não possuía médicos para tratar malária, logo, não fazia sentido o atendimento dos pacientes com técnicos já que o Brasil era área não endêmica no ano 2000;
- Laboratório de malária (gerentes e consultores de malária) está dentro do Ambulatório do Viajante;
- O programa de malária faz parte do Departamento de Moléstias Infecciosas;
- É referência para malária no município de São Paulo;
- Toda a demanda dos doentes de malária, independente de serem viajantes, se desloca para o HC por ser referência no assunto;
- O medicamento antiamarílico é dispensado e controlado através do HC;
- O Núcleo de Viajantes e vacinação iniciou no ano de 2000, junto com o Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE, porém o Ambulatório do Viajante iniciou em fevereiro de 2001;
- No HC é realizada a orientação: pré, durante e pós viagem;

- O local que está funcionando o núcleo é provisório, pois o espaço original está em reforma;
- O espaço que irá funcionar definitivamente o Núcleo de medicina do viajante está localizado estrategicamente na porta do Hospital das Clínicas, com acesso facilitado e boa visibilidade;
- Proposta inicial – 2001 – Núcleo: Serviço de imunização + Ambulatório de Viajantes + Centro de Referência de Malária. Depois o CRIE se juntou;
- Recebe orientações para a viagem e no mesmo local recebe as vacinas;
- Possui enfermaria para internação;
- Possui suporte do HC para análises laboratoriais;
- Maior demanda para orientação é antes ou pós - viagem;
- Não existe divulgação do serviço realizado no núcleo;
- Horários de funcionamento: 07h00min às 16h00min. À noite e nos finais de semana o atendimento é realizado pelos atendentes da enfermaria do MI;
- O atendimento realizado no núcleo depende de demanda espontânea. O viajante que demanda orientação é atendido;
- O Ambulatório do Viajante só é acionado se houver demanda de doente com malária;
- Existem protocolos definidos no núcleo apenas para atendimento de Influenza;
- Fluxo de notificação: Ambulatório do Viajante → Núcleo de medicina do viajante do HC → Secretaria Estadual de Saúde: Notificação compulsória;
- Fluxo de notificação: Ambulatório do Viajante → Centro de Vigilância Epidemiológica (Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo): Notificação aleatória;
- Informações para orientação aos viajantes são levantadas em sites internacionais de forma aleatória;
- Viajante é negligenciado: não existe política integrada de saúde aos viajantes:

- Durante os Jogos Pan Americanos havia epidemia de rubéola e o Núcleo não foi comunicado;
 - Cidadãos brasileiros em missão oficial para o Timor Leste: não é disponibilizado no Brasil vacina contra Encefalite Japonesa → militares alteram a rota passando pela Austrália para permanecerem em quarentena e depois se dirigem o Timor Leste: Problema para o CRIE e Ambulatório do Viajante;
- De acordo com levantamento do Ambulatório, 8% de todos os viajantes atendidos realizam quimioprofilaxia da malária;
 - Não possuem cruzamento das informações entre os viajantes que recebem a quimioprofilaxia e os que se dirigem à área endêmica;
 - O Programa de malária está identificando os serviços de saúde nos Estados para disponibilizar a quimioprofilaxia de malária. Precisa ser um local que tenha a possibilidade de realizar diagnóstico da malária e possuir profissional capacitado para tal;
 - A Unicamp é um local de alto potencial para instalação de um Ambulatório de Viajantes;
 - A orientação ao viajante é composta de várias partes, a vacinação é uma delas. É preciso informar sobre os riscos de importar ou exportar doenças, principalmente os funcionários públicos em missão;
 - A idéia do núcleo é quando a pessoa for viajar ter acesso a vacina no mesmo local;
 - Hepatite A: Para vacinação, é necessário realizar avaliação clínica as pessoas para saber a susceptibilidade a vacina. O perfil dos vacinados tem sido de pessoas que irão trabalhar no exterior, já imunes a hepatite A (Angola). As crianças, no Brasil, não são vacinadas;
 - Necessário fazer um protocolo comum para todos os serviços de atendimento aos viajantes;
 - Não há informações sobre o impacto das orientações aos viajantes: necessita de tempo, mão de obra, instrumento, etc.;
 - O núcleo é ligado ao centro de estudos da SUCEN. São disponibilizados funcionários do centro de estudos a cada 3 (três) meses;

- O atendimento on line é mais complicado, pois demanda tempo;
- O núcleo recebe residentes do curso de infectologia;
- Oferece curso de complementação – especialização em imunização:
 - Objetivo: coletividade;
 - Módulo de medicina do viajante para residentes em infectologia – desde 2004;
- Tem períodos em que não há vacinas disponibilizadas;
- Não é emitido Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia – CIVP, somente atestado médico;
- Atualizam o calendário vacinal do viajante, aproveitando a oportunidade;
- Realizam aproximadamente 445 atendimentos pré-viagem;
- Idade médias das pessoas atendidas: 33 anos;
- As pessoas são atendidas, normalmente, de 20 a 15 dias antes da viagem;
- A consulta é realizada mediante agendamento por telefone;
- As orientações gerais são realizadas em grupo e depois individualmente, são realizadas as orientações específicas, de acordo com cada caso e viagem;
- 50% das pessoas que se dirigem ao núcleo irão realizar viagem a trabalho;
- 58% das pessoas não tinham o calendário vacinal em dia;
- 39% das pessoas que irão viajar necessitariam tomar mais de 2 vacinas. Dentre esse percentual as vacinas mais indicadas foram:
 - Primeiro: Contra febre tifóide, ressaltando que a indicação era para viajantes à trabalho;
 - Segundo: Contra tétano e difteria, recomendadas por não estarem em dia com o calendário vacinal;
- As vacinas contra hepatite B, sarampo e difteria não estão disponibilizadas na rede do SUS. Precisam eleger as pessoas para serem vacinadas;
- 43% de recomendação para a vacina contra hepatite A;
- 24% de recomendação para a vacina contra febre amarela;

- 17% de recomendação para as vacinas contra sarampo, caxumba e rubéola. Dentre esse percentual, 53% são mulheres;
- Pouca recomendação para raiva e meningocócico;
- Critérios para recomendação da vacina contra raiva (OMS): curta permanência na área endêmica → mochileiros e alpinistas;
- Possuem banco de dados em Excel;
- Consulta dura de 1 a 2 horas;
- Necessitam contratar mais médicos;
- Com a capacidade de RH disponível atualmente, não têm como aumentar o número de atendimentos;
- O serviço é divulgado a partir dos atendimentos (“boca a boca”).

Instituto de Infectologia Emílio Ribas - Clínica de Medicina do Viajante

- Necessidade de banco de dados unificado com o controle dos atendimentos e retorno dos viajantes;
- Necessidade de discutir a questão dos refugiados junto ao Ministério da Saúde;
- Não possuem protocolos para refugiados ou clandestinos;
- Está sendo realizado atendimento dos refugiados no HC, mas por outras necessidades: atendimento pediátrico, psicológico, etc.;
- Recebe apoio do HC;
- Em Recife possui um protocolo para atendimento de refugiados e clandestinos;
- Funciona somente na parte da tarde atendendo, aproximadamente, 10 viajantes. Se houvesse atendimento ela manhã, a demanda aumentaria;
- Possuem dados, até o ano de 2006, referentes a aproximadamente 3000 viajantes, porém esses dados não se encontram compilados;
- A partir de maio de 2005 se iniciou o processo de arquivamento dos dados dos viajantes;

- O banco de dados, por não ter pessoal específico para arquivamento e análise, assim como tempo para realizar essas atividades, apresenta erros. Necessidade de analisar e organizar o banco de dados;
- O quantitativo de homens e mulheres atendidos é o mesmo;
- A maioria dos atendimentos é realizado a pessoas de nível superior;
- A quantidade de atendimentos realizados a pessoas com menor nível cultural está ligada a pessoas que se dirigem a África por motivo de trabalho;
- O Consulado Africano solicita aos viajantes que irão à África a trabalho, atestado médico informando que não é portador de doença quarentenária. O atestado deve ser assinado por médico do SUS. Solicita ainda cartão de vacinas e sorologias;
- Proposta: acabar com Certificado de Isenção e ter apenas atestado médico. Fornecer modelo do atestado em inglês aos médicos;
- A clínica iniciou os trabalhos em 2000 com maior enfoque nos viajantes de turismo. Hoje a maioria dos atendimentos é realizada aos viajantes a trabalho;
- Vacinas recomendadas: pólio; raiva; sarampo; caxumba; e rubéola;
- Profilaxia: malarone (não tem no Brasil). Quando os viajantes se dirigem para uma maior temporada em área de maior risco, é indicado o medicamento;
- No Brasil quase não é feita profilaxia, somente aos viajantes que forem passar muito tempo sem assistência médica;
- Medicamento mefloquina pode ser utilizado como automedicação, porém é feito por profissional de saúde. No Brasil não é utilizada;
- A orientação é direcionada de acordo com o perfil da pessoa: percepção de risco da doença ou barreira;
- A rede de diagnóstico da malária é muito eficiente no Brasil. No Brasil não é feita quimoprofilaxia;
- Nos Estados Unidos é realizada quimioprofilaxia temporal: tratamento da doença após o retorno da área endêmica;

- A orientação a ser dada ao viajante está relacionada ao tipo de viagem que a pessoa irá realizar: turismo, trabalho, etc. Essa informação é obtida somente durante a consulta;
- Realiza aproximadamente 800 atendimentos por ano;
- O atendimento direcionado ao viajante é uma prática pouco difundida no Brasil;
- Caso haja aumento da demanda por vacina contra febre amarela, o serviço ficaria prejudicado;
- Grande quantidade de atendimento a portadores do vírus HIV para realização de viagens a trabalho, principalmente para África;
- Perspectiva do núcleo: banco de dados unificado;
- Implementar uma Política Nacional de Saúde do Viajante;
- Possuem uma ficha exclusiva para atendimento ao viajante, porém a mesma é diferente da utilizada pelo Hospital das Clínicas. Ideal seria ter ficha única de atendimento;
- Tem a proposta de elaborar questionário destinado ao viajante pós-viagem, para analisar qual o impacto relativo às orientações realizadas antes da viagem;
- O retorno recebido dos viajantes se refere somente aqueles que realizam quimioprofilaxia;
- Realiza vigilância de retorno: lâmina de gosta espessa;
- Os atendimentos aos viajantes duram de 3 a 40 minutos;
- A clínica de medicina do viajante será, em breve, um dos centros de captação de informações para a rede sentinela;
- Possuem folder com orientações aos viajantes;
- São assistenciais. Necessitam realizar trabalho conjunto com a Anvisa e Ministério da Saúde;
- Sentem a necessidade da padronização as informações em todos os centros de orientação;

- Os profissionais da Clínica se dispõem em montar uma capacitação para os servidores da Anvisa que atuam na orientação aos viajantes;
- A clínica tem sido procurada por residentes para trabalhar a questão do viajante;
- Vislumbram uma residência específica para saúde do viajante: ideal;
- O viajante que realiza viagem de ônibus também tem procurado o serviço de atendimento;
- Necessitam de pessoal para trabalhar na orientação, porém somente é possível através de concurso público.

Centro de Informação em Saúde para Viajantes (CIVES) no estado do Rio de Janeiro

- Perfil dos profissionais que trabalham no CIVES: sete médicos e um epidemiologista;
- A consulta é marcada por agendamento eletrônico no site e não existe atendimento todos os dias;
- Realiza somente a orientação de pré-viagem, com recomendações de risco, levando em conta fatores individuais e da viagem;
- Ao marcar a consulta o viajante deve informar dados individuais e o roteiro de viagem para que seja realizada uma busca por informação antes da consulta;
- Informações para orientação aos viajantes são levantadas em sites internacionais de forma aleatória previamente a consulta;
- São atendidos aproximadamente 1500 viajantes por ano;
- Não apresenta mais um serviço de imunização local, já teve mais foi desativado;
- A localização do serviço é péssima sendo necessária diversas consultas a servidores do hospital do fundão para encontrar o serviço;
- Para as vacinas existentes na rede pública, o viajante é encaminhado para um serviço referenciado, as vacinas da rede privada, o CIVES recomenda a compra;

- Quanto à quimioprofilaxia, existe um contato informal com o estado para o viajante ir e receber a medicação;
- Sentem a necessidade da padronização das informações em todos os centros de orientação;
- O acesso às vacinas é um problema;
- O acesso a quimioprofilaxia é informal;
- Não sabem se os viajantes seguiram a recomendação, não existe uma pós-avaliação da informação prestada;
- Não existe uma consulta ou contato no retorno do viajante;
- Não trabalham os dados coletados;
- A informação não segue um padrão;
- Não tem um infra-estrutura e pessoal necessário caso haja uma veiculação do serviço.

Centro de Orientação ao Viajante – Posto Aeroportuário do Rio de Janeiro e São Paulo

- Necessidade de padronização das informações a serem disponibilizadas aos viajantes;
- Necessitam de pessoal para trabalhar na orientação, porém somente é possível através de concurso público;
- O atendimento ao viajante é focado na emissão do Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia (CIVP) e não na orientação;
- Utilizam sistema – Sispafrá módulo viajantes como ferramenta de orientação e emissão de CIVP;
- Os atendimentos aos viajantes duram de 10 a 30 minutos;
- Atualmente é utilizado o local aonde era realizada vacinação para orientação ao viajante. Necessidade de local apropriado e de fácil visualização e acesso para se adequar a um Centro de Orientação ao Viajante;
- Necessidade de capacitação do pessoal;

- Não realiza controle do número de atendimentos realizados por dia e da média de idade das pessoas atendidas e nem os países para onde as pessoas estão se dirigindo;
- O número de CIVP emitidos pode ser obtido através de relatórios emitidos pelo Sispafr. Com esse número pode-se inferir o número de atendimentos realizados.

6.2 Conclusões Parciais

A análise das entrevistas semi-elaboradas com os núcleos de medicina ao viajante e centros de informação do viajante aponta, dentre outros, para a necessidade eminente de repensar o processo de trabalho existente bem como a forma e tipo de informação que está sendo repassada ao viajante. Observou-se com as informações obtidas na entrevistas que as demandas e orientação estão direcionadas ao perfil da pessoa, de sua viagem e a percepção pessoal da doença, ou seja, não existe o aspecto preventivo e de cuidados com a saúde.

Fica evidente nas respostas que não existe padronização das informações repassadas bem como análise dos dados coletados. A aplicabilidade ou o impacto da informação, bem como seu método de repasse, nunca foram avaliados, e como observamos é uma das principais preocupações dos centros.

Assim, existem dois questionamentos importantes do ponto de vista da Comunicação de Risco. Primeiro, é necessário confrontar a orientação dada ao viajante com os objetivos e diretriz de uma comunicação focada no risco. É necessário medir a efetividade da informação que está sendo repassada e sua pertinência para uma redução do risco a que estão expostos esse viajantes internacionais. O segundo é em relação ao modo como a informação chega ao viajante. É algo que ele anseia assimilar ou apenas uma dentro tantas notícias que passam diante de uma pessoa envolvida em um deslocamento internacional? A resposta a essa pergunta passa pelo correto alinhamento da ação de comunicação dirigida para esse público e os princípios do SUS vistos inicialmente.

Existe atualmente uma lacuna importante a ser preenchida, com a realização de uma pesquisa que contemple dentre seus objetivos o impacto existente na informação em saúde, repassada para o viajante que se desloca para o exterior. Essa lacuna deve ser preenchida para que qualquer prática e estratégia

de comunicação nesta área possa ser feita em consonância com a política de saúde pública do país.

Cabe a um projeto futuro, então, preencher esta lacuna e ajudar no processo de construção e aprimoramento da informação a ser trabalhada e repassada ao viajante internacional.

7. RECOMENDAÇÕES – Fase II da Pesquisa

Num segundo momento da pesquisa se fará necessário elaborar um instrumento de avaliação aplicado junto aos viajantes que permita identificar a percepção do processo de comunicação em saúde realizado por esses centros. Especificamente esta etapa da pesquisa será realizada com os viajantes internacionais que são atendidos nos Postos de Vigilância Sanitária do Aeroporto Internacional de São Paulo e Aeroporto Internacional do Rio de Janeiro.

O universo da pesquisa será delimitado pelos viajantes cadastrados em 2009 nos núcleos de atendimento ao viajante.

Para realização da pesquisa com os viajantes propõem-se a aplicação da técnica de questionário fechado, aplicado individualmente, por uma equipe capacitada, por telefone ou e-mail conforme disposto no Anexo II.

Essa pesquisa possibilitará diagnosticar o tipo de informação necessária ao viajante e através de qual meio de comunicação podemos repassar essa informação de forma clara e objetiva.

Para tabulação e análise dos dados propõe-se utilizar o software Epi-Info 6.04d de onde serão produzidos gráficos e tabelas.

7.1 Aspectos éticos da pesquisa

Inicialmente haverá uma explanação dos objetos do estudo ao público-alvo. Antes de cada entrevista será disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento, garantindo o sigilo e confidencialidade a todos sujeitos da pesquisa e dados coletados e será solicitado ao entrevistado seu consentimento para realização da entrevista.

Como este trabalho envolve a realização de entrevistas, bem como a posterior utilização das informações colhidas, a proposta de pesquisa e o questionário deverão ser previamente aprovados por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Como este tipo de comitê não existe no âmbito da ANVISA, recomenda-se que a aprovação seja feita pelo CEP do Conselho Nacional de Saúde. Este comitê avaliará o atendimento dos pressupostos éticos que devem nortear uma pesquisa que envolva a utilização de depoimentos, sejam eles identificados ou não.

O instrumento de avaliação proposto tem por objetivo diagnosticar a percepção do público com relação ao processo de comunicação da ANVISA junto aos viajantes; e definir de estratégias a serem adotadas para planejar, implantar, acompanhar e avaliar uma política de comunicação em saúde aos viajantes.

8. CRONOGRAMA

Etapas	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04
Revisão Bibliográfica	x	x	x	x
Seleção da Amostra	x			
Realização das entrevistas		x		
Consolidação dos dados			x	x
Análise descritiva			x	x
Conclusão				x

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, DG; SANTOS, MA; CARMO, S. **A comunicação no projeto VISA mobiliza** – em busca da participação cidadã. Minas Gerais, 2004;
- ARAÚJO, IS; CARDOSO, JM. Circulação polifônica: comunicação e integralidade na saúde. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo de. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. 1^o. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ:ABRASCO, 2005, v. , p. 239-251;
- ARAÚJO, IS; CARDOSO, JM. **Comunicação e Saúde**. 20 ed. Rio de Janeiro, Fiocruz 2007: 152p.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Plano Diretor de Vigilância Sanitária**. Brasília, 2007. 26 p. Disponível em: <http://www.Anvisa.gov.br/institucional/pdvisa/index.htm>. (Acesso em: 01.09.2008);
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Plano Estratégico de Pesquisa em Vigilância Sanitária**. Brasília, 2007. 26 p. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2007/publicacao_planejamen_complet_o.pdf.(Acesso em: 01.09.2008);
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Institucional - Apresentação - Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: ANVISA, 2007. Disponível em: <http://www.Anvisa.gov.br/institucional/Anvisa/apresentacao.htm>. (Acesso em: 01.09.2008);
- BRASIL. Constituição Federal (1988). Texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de n. 1 de 1992, a 42, de 2003, Brasília, 2004;
- BRASIL, **Lei nº 9.782, 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, Poder Executivo, Brasília, 27.01.1999.
- CARDOSO, JM. Práticas e modelos de comunicação na saúde: alguns elementos para pensar uma política de comunicação para a vigilância sanitária. In: COSTA, E.A; RANGEL-S, M. L. (Org.). **Comunicação em vigilância**

- sanitária:** princípios e diretrizes para uma política. Salvador: EDUFBA, 2007, p. 59-80;
- CARLINI-COTRIM, Beatriz. Qualitative research methods in drug abuse research: discussing the potential use of focus group in Brazil. *Rev. Saúde Pública, 1996)*
 - CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – CONAVISA, 1., 2002. Brasília. **Anais** Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Anais, 2002;
 - DIAS, C. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. *Revista Informação e Sociedade*. João Pessoa: Editora Universitária (UFPB), v. 10, n. 2, 2000;
 - DONABEDIAN, A. **Os Sete Pilares da Qualidade**. Versão adaptada e resumida por Roberto Passos Nogueira, Arch PatholMed., 1990;
 - KOURGANOFF, W. **A face oculta da universidade**. Tradução Cláudia Schilling; Fátima Murad. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1990;
 - LEVIN, J. **Estatística aplicada a ciências humanas**. 2. Ed. São Paulo: Harbra, 1987
 - LUCCHESI, Geraldo. **Globalização e Regulação Sanitária – Os rumos da vigilância sanitária no Brasil**. 1ª Ed. Brasília: Anvisa, 2008.
 - MARCONI, MDA; LAKATOS, EM. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1996.
 - MOISÉS, MA. Educação em Saúde, a Comunicação em Saúde e a Mobilização Social na Vigilância e Monitoramento da Qualidade da Água para Consumo Humano. **Jornal do Movimento Popular de Saúde/MOPS**. 2003.
 - OFICINA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA PARA A XII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2003, Rio de Janeiro. **Relatório**, Rio de Janeiro: ABRASCO / FIOCRUZ, 2003. 5p.;
 - OLIVEIRA, SL. **Tratado de metodologia científica:** PROJETOS DE PESQUISAS, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira, 1997.
 - OLIVEIRA, VC de. **Debate do painel:** experiências de comunicação e educação em vigilância sanitária. Oficina Nacional de Comunicação em Vigilância Sanitária. Salvador: Centro Colaborador da Anvisa no ISC/UFBA, 2004;

- PEPE, VLE, REIS, LGC, NORONHA, MF, SCHRAMM, J,. *Avaliação em saúde e vigilância sanitária: conceitos, estratégias e metodologias*. Projeto: “**Apoio à Descentralização das Ações e Consolidação do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária**”. ENSP / FIOCRUZ, 2003.
- RANGEL, ML. Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, nº. 5, Rio de Janeiro, 2007.
- SÁ, MC; PEPE, VLE. *Planejamento estratégico*. In: ROZENFELD S, organizador. **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- SPINK, P. O Lugar do Lugar na Análise Organizacional. **Revista de Administração Contemporânea**, 5, Edição Especial, 11-34, 2001;
- SPINK, P. Research social psychology: a post-construcionist perspective. **Psicologia & Sociedade**, 2003, vol.15, n. 2;
- Tanaka, OY.; Melo, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente** - um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001;
- TEMPORINI, ER. **Saúde do escolar: conduta e opinião de professores do sistema de ensino do Estado de São Paulo**, 1986, Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública – USP, São Paulo;
- VALLES, M. *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. 3.ed. Madrid: Síntesis, 2003.
- ZIONE, F. *Pesquisa e intervenção social*).

Anexo A**Proposta de instrumento de Coleta de Dados para o viajante que retorna do exterior após ter sido atendido em um dos Centros antes da partida**

1. Ano de nascimento: _____ 2. Sexo: M () F ()
3. Ocupação: _____
4. Formação:
- ensino fundamental: completo () incompleto ()
 - ensino médio: completo () incompleto ()
 - ensino superior: completo () incompleto () Qual? _____
 - pós graduação () Qual? _____
5. Cidade de residência: _____ 6. Estado: _____
7. Procedência: _____ 8. Destino: _____
9. Qual a finalidade da viagem?
- () trabalho () turismo () migração () visitar parentes/ amigos
- () outros, especificar: _____
10. Quais informações considera necessárias para sua viagem?
- _____
11. Como/ onde acessa as informações? _____
- () Internet
- () Centro de Orientação ao Viajante
- () Agência de Viagem
- () Outros. Quais? _____
12. Quais foram as informações recebidas no Centro de Orientação ao Viajante?
- _____
13. Como foram repassadas?
- () Oralmente
- () Material impresso

() Vídeo

() Outros. Qual?

14. As informações recebidas no foram claras e objetivas? Sim () Não ()

15. As informações recebidas no foram relevantes?

Sim () Não () Por quê? _____

16. Foi necessário aplicar as recomendações quanto aos cuidados com a saúde?

Sim () Não () Por quê? _____

17. Com que frequência você viaja?
