

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

DIRCIARA SOUZA CRAMER DE GARCIA

Representações sociais sobre vigilância sanitária entre trabalhadores da ANVISA:
um estudo na Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e
Recintos Alfandegados do Rio Grande do Sul

Porto Alegre
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

DIRCIARA SOUZA CRAMER DE GARCIA

Representações sociais sobre vigilância sanitária entre trabalhadores da ANVISA:
um estudo na Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e
Recintos Alfandegados do Rio Grande do Sul

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Clarice Maria Dall’Agnol

Porto Alegre

2007

G216r Garcia, Dirciara Souza Cramer de

Representações sociais sobre vigilância sanitária entre trabalhadores da ANVISA: um estudo na Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados do Rio Grande do Sul / Dirciara Souza Cramer de Garcia; orient. Clarice Maria Dall’Agnol. – Porto Alegre, 2006. 108 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2006.

Inclui resumo em Português, Espanhol e Inglês.

1. Vigilância sanitária. 2. Regulação sanitária internacional. 3 Recursos humanos em saúde. 4. Saúde do trabalhador. I. Dall’Agnol, Clarice Maria. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. III. Título. IV. Representaciones sociales sobre vigilancia sanitaria entre trabajadores de la ANVISA : um estudio en el Coordinación de Vigilancia Sanitaria de Puertos, Aeropuertos, Fronteras y Recintos Aduaneros do Rio Grande do Sul [resumen]. V. Social representations on health surveillance among ANVISA’s workers : a research at the Health Surveillance Coordination at Ports, Airports, Borders and Customs in Rio Grande do Sul. [abstract].

LHSN – 760 NLM – WA 105

Catálogo por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

DIRCIARA SOUZA CRAMER DE GARCIA

**Representações sociais sobre vigilância sanitária entre trabalhadores da ANVISA:
um estudo na Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos,
Fronteiras e Recintos Alfandegados do Rio Grande do Sul**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em
Enfermagem.

Banca Examinadora



Profa. Dra. Clarice Maria Dal Agnol (Presidente)



Profa. Dra. Carmen Lucia Bezerra Machado (Membro)



Profa. Dra. Marta Júlia Marques Lopes (Membro)



Profa. Dra. Ana-Lúcia de Lorenzi Bonilho (Membro)

Porto Alegre, 29 de setembro de 2006.

Dedico esta obra

à minha mãe Sufi e ao meu pai João (*in memoriam*);

aos meus irmãos Diacuiara, Jonzimar (*in memoriam*),
Karen, Marlen, Sebastian, Dener, Tiara e Gabriel;

ao meu companheiro Paulo Ricardo que me
apresentou à vigilância sanitária;

aos meus colegas, profissionais da vigilância sanitária
de portos, aeroportos, fronteiras e recintos
alfandegados que vêm construindo este saber com
dedicação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os colegas da vigilância sanitária de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados que contribuíram para a realização desta pesquisa. Aos técnicos da Gerência de Orientação e Controle Sanitário de Viajantes, pela colaboração e apoio. Ao Dr. Franklin Rubinstein, diretor supervisor da Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados, pelo incentivo e valorização deste estudo para o desenvolvimento profissional.

À minha orientadora, Profa. Dra. Clarice Maria Dall’Agnol, por ter conduzido meu caminho. À colega Janaína Liberali, pela contribuição para a realização desta pesquisa. Ao ensino público brasileiro, sem o qual não teria chegado até aqui.

Ao meu pai e minha mãe (*in memorian*) pelo exemplo de vida e pelos valores que me passaram. Nestes valores, o estudo sempre foi destaque.

Ao meu irmão Jonzimar, (*in memorian*) que se foi tão cedo, mas que em vida se revelou meu melhor conselheiro e amigo. A minha cunhada Regina, pela torcida e incentivo durante os momentos que mais precisei de apoio. Aos meus outros sete irmãos, pelo que representam à minha existência.

Ao meu companheiro Paulo Ricardo, pelo carinho, amizade e valorização do meu trabalho como profissional da vigilância sanitária de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados. Aos meus enteados Paulo e Barbara, pelos quais tenho muito carinho e respeito.

À minha amiga Mara Níbia Silva, pela ajuda sincera.

À Profa. Dra. Carmen Bezerra Machado, pela postura de educadora. Sempre valorizando e orientando caminhos, sem desvalorizar uma única idéia.

RESUMO

Estudo qualitativo, exploratório-interpretativo, com o objetivo de conhecer as representações sociais sobre vigilância sanitária entre trabalhadores da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA - que se vinculam à Coordenação de Vigilância de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados – VISAPAF - no Estado do Rio Grande do Sul. Três postos foram campo de pesquisa, localizados no Porto de Rio Grande, no Aeroporto Internacional de Porto Alegre e na Fronteira de Uruguaiana, RS. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2005 e junho de 2006 junto aos profissionais que compõem as equipes de trabalho que atuam nesses locais. A técnica de evocação e associação livre de palavras foi aplicada a 44 participantes, tendo-se entrevistado 30 sujeitos dessa mesma população. Sob o enfoque da Teoria das Representações Sociais, chegou-se às categorias: proteção à saúde, identidade profissional que se desdobrou em profissionalismo e desvalorização profissional; e polícia sanitária: os elos entre o fazer normativo e a educação sanitária. A vigilância sanitária é representada pelos sujeitos como um processo que, apesar das contradições, vem sendo construído e vivenciado no cotidiano da profissão com sinais de renovação das representações existentes. Assim, proteção à saúde surge com um novo conceito de sustentação, distanciando-se da noção de prevenção, que tradicionalmente coloca o foco na doença, para voltar-se à noção de promoção. A imagem de polícia sanitária, organizada principalmente pela idéia de fiscalização, vem se deslocando da punição para a educação sanitária, estabelecendo os elos entre os fazeres normativo e educativo. O profissionalismo emerge vinculado à responsabilidade e conhecimento, e a desvalorização profissional ancora-se na idéia de exclusão. Considera-se que os resultados deste estudo possam propiciar a visibilidade dos conceitos que dão sustentação às representações dos trabalhadores, subsidiando a análise dos elementos que podem estar causando permanências e influenciando os movimentos da prática cotidiana. Aponta-se a importância dos trabalhadores adotarem um posicionamento crítico de forma a assumir a condição de constituintes da vigilância sanitária de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados. Também, visualiza-se que estes resultados possam se reverter em benefício da construção de um perfil profissional, por meio de um movimento participativo entre a Instituição-ANVISA e os trabalhadores da VISAPAF.

Descritores: Vigilância Sanitária, Regulação Sanitária Internacional, Recursos Humanos em Saúde.

Limites: Humanos.

RESUMEN

Estudio cualitativo, exploratorio-imperativo, con el objetivo de conocer las representaciones sociales sobre vigilancia sanitaria entre los trabajadores de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria – ANVISA – que están unidos a la Coordinación de Vigilancia de los Puertos Aeropuertos, Fronteras y Recintos Aduaneros – VISAPAF – en el Estado do Rio Grande del Sur.. La investigación fue realizada en tres diferentes puestos, ubicados en el Puerto de Rio Grande, en el Aeropuerto Internacional de Porto Alegre y en la frontera de Uruguiana. La colecta de los datos fue realizada en el periodo de noviembre del 2005 a junio del 2006 junto a los profesionales que componen los equipos de trabajo que actúan en estos lugares. La técnica de evaluación y asociación libre de palabras fue aplicada a los 44 participantes, de los cuales 30 personas de la misma población fueron entrevistados. Sobre el enfoque de la Teoría de las Representaciones Sociales se llegó a las siguientes categorías: protección a la salud, identidad profesional que se dividió en profesionalismo y desvalorización profesional, y policía sanitaria: los vínculos entre práctica normativa y educación sanitaria. La vigilancia sanitaria es representada por las personas como un proceso que está siendo construido, a pesar de las contradicciones vividas en el desempeño cotidiano de la profesión, señalando movimientos de renovación de las representaciones existentes. La protección a la salud surge con un nuevo concepto de sostenimiento, distanciándose del conocimiento de prevención que tradicionalmente coloca el foco en la enfermedad; la imagen de policía sanitaria, organizada principalmente por la idea de control, está pasando de la penalización a la educación sanitaria, estableciendo los vínculos entre la práctica normativa y educativa; El profesionalismo surge como un vínculo entre la responsabilidad y el conocimiento; y la desvalorización profesional, anclado en la idea de exclusión. Se considera que los resultados de este estudio puedan propiciar la visibilidad de los conceptos que dan sostenimiento a las representaciones de los trabajadores, subsidiando el análisis de los elementos que pueden estar causando permanencia e influir en los movimientos de la práctica cotidiana. Se destaca la importancia que los trabajadores adopten una postura crítica para asumir la condición de constituyentes de la vigilancia sanitaria de puertos, aeropuertos, fronteras y establecimientos aduaneros. También visualiza que estos resultados puedan convertirse en un beneficio para establecer un perfil profesional, que por medio de un movimiento de participación entre la Institución ANVISA y los trabajadores de la VISAPAF.

Descriptorios: *Vigilancia sanitaria. Regulación sanitaria internacional. Recursos humanos en salud. Salud laboral.*

Limites: *Humanos.*

Título: *Representaciones sociales sobre vigilancia sanitaria entre trabajadores de la ANVISA: un estudio en el Coordinación de Vigilancia Sanitaria de Puertos, Aeropuertos, Fronteras y Recintos Aduaneros do Rio Grande do Sul.*

ABSTRACT

Qualitative exploratory-interpretative research which has the purpose of knowing the social representations on health surveillance, among workers as ANVISA – Brazilian Health Surveillance Agency at CVSPAF/RS. Three posts at Porto de Rio Grande (Rio Grande Port), at Aeroporto Internacional de Porto Alegre (Porto Alegre International Airport) and at Fronteira de Uruguaiana (Uruguaiana Border), RS were the research area. Data were collected between 2005, November and 2006, June, among workers who are part of the team that act at these places. The evocation technique and free Word association were employed among 44 participants, 30 people from this population were interviewed. Using the focus of Social Representations Theory, were found to the categories: health protection, professional identity, which was divided into professionalism and professional invalidation, and health policy: the link between the normative action and health education. Health surveillance is represented as a process that despite of contradictions has been constructed and lived at the day-after-day of the job with sign of renovation of existent representations. Thus, health protection appears as a new concept of support, going from the notion of prevention, which focuses traditionally the disease, towards the notion of promotion. The image of health policy, organized mainly by the idea of inspection, is going from punishment to the health education, establishing the links between the normative and the educative actions. The professionalism appears related to responsibility and knowledge and the professional invalidation is connected with the idea of exclusion. It is considered that the results of this research may promote the visibility of concepts that support the workers' representations, aiding the analysis of elements that may cause the permanence of these workers and that influences at movements of day-after-day practice. It is appointed the importance of workers adopting a critical positioning with the aim of assuming the condition of constituents of health surveillance at ports, airports, borders and customs. It is also important to note that these results may be transformed into improvements to the construction of a professional profile, by a participative movement that evolves the institution – ANVISA and the workers at VISAPAF.

Descriptors: *Health surveillance. International sanitary regulation. Health manpower. Occupational health.*

Limits: *Humans.*

Title: *Social representations on health surveillance among ANVISA's workers: a research at the Health Surveillance Coordination at Ports, Airports, Borders and Customs in Rio Grande do Sul.*

LISTA DE SIGLAS

ANVISA -	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
COPAF -	Coordenação de Portos, Aeroportos, Fronteiras, Meio Ambiente, Ecologia Humana e Saúde do Trabalhador.
CIEE -	Centro de Integração entre Escolas e Empresas
CNS -	Conselho Nacional de Saúde
CVSPAF -	Coordenações de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados.
DNSP -	Departamento Nacional de Saúde Pública
FUNASA -	Fundação Nacional da Saúde
FURG -	Fundação Universidade Federal do Rio Grande
GGPAF -	Gerencia Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados.
INAMPS -	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
ISPAF -	Inspetoria de Saúde de Portos, Aeroportos e Fronteiras.
MERCOSUL -	Mercado Comum do Cone Sul
MS -	Ministério da Saúde
PNUD -	Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas
PPRG -	Posto Portuário de Rio Grande
RDC -	Resolução da Diretoria Colegiada
RS -	Rio Grande do Sul
RSI -	Regulamento Sanitário Internacional

SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS -	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNESCO -	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
VISA -	Vigilância Sanitária
VISAPAF -	Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados
SNFM -	Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina
SNVS -	Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária
SVS -	Secretaria de Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVO	20
3	CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA E DO REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1	Construção Histórica da Vigilância Sanitária no Mundo	21
3.2	Construção da Vigilância Sanitária no Brasil	24
3.3	A Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária: uma nova perspectiva	28
3.4	A Teoria das Representações Sociais como um Referencial para a Compreensão das Práticas dos Trabalhadores de VISAPAF	29
4	A ESCOLHA DO MÉTODO	38
4.1	Local e Sujeitos da Pesquisa	38
4.2	Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras no Estado do Rio Grande do Sul	39
4.3	Técnicas de pesquisa e Coleta de Informações	42
4.3.1	Associação Livre de Palavras	43
4.3.2	Entrevistas Semi-Estruturadas	43
4.4	Aspectos Éticos	45
4.5	A Descrição, Interpretação, Explicação e Compreensão das Informações	46
5	CONCEPÇÕES DE MUNDO E ORIENTAÇÕES PARA A AÇÃO: a palavra pensada e sentida	49
5.1	Proteção da Saúde	52
5.2	Identidade Profissional	60
5.2.1	Profissionalismo	60
5.2.2	Desvalorização Profissional	67
5.3	Polícia Sanitária: os elos entre o fazer normativo e a educação sanitária	74
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87

REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE A - Ofício para Solicitação do Campo de Pesquisa	103
APÊNDICE B - Consentimento Livre e Informado	104
APÊNDICE C - Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada	106
APÊNDICE D – Possíveis Elementos Constituintes das Representações Sociais da Vigilância Sanitária entre os Trabalhadores da CVSPAF/RS	107
ANEXO – Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa	108

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela temática vigilância sanitária emergiu das experiências que vivenciei na saúde pública desde a graduação e que foram permeando minha caminhada profissional, especificamente na área da vigilância sanitária de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados (VISAPAF). Em 1996 quando cursava o último ano da graduação em enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande/RS (FURG), escolhi realizar meu estágio complementar no Posto Portuário de Vigilância Sanitária de Rio Grande/RS (PPRG). Era a primeira estudante a realizar estágio nesta área no Brasil, e no transcorrer do mesmo fui me apropriando das ferramentas disponíveis para o desenvolvimento das ações em Vigilância Sanitária. Porém, a bibliografia sobre o tema era escassa, constituindo-se basicamente de normas jurídicas. Assim, fui construindo um conhecimento a partir da leitura da legislação sanitária, das noções de saúde pública que havia aprendido na faculdade de enfermagem e da observação da prática dos trabalhadores do PPRG. Aos poucos, comecei a conhecer aquelas pessoas e a forma como realizavam as ações de Vigilância Sanitária.

A equipe era constituída de diversas categorias profissionais que incluíam guardas de endemias¹, cedidos pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), auxiliares administrativos e médicos, funcionários do ex-Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INANPS) e um médico – responsável pelo Posto de Controle Sanitário, funcionário do Ministério da Saúde (MS). Como todos membros da equipe realizavam as mesmas atividades, chamava à atenção a diversidade da formação escolar que variava desde nível fundamental incompleto até nível superior. No cotidiano de trabalho eram realizadas atividades de fiscalização de “embarcações, viajantes², mercadorias e na área do porto organizado³” (NUNES, 2004, p. 16). Todas as medidas adotadas seguiam as recomendações previstas no Regulamento Sanitário Internacional (RSI), as exigências da Portaria nº. 48/95⁴ e demais orientações contidas na

¹ Pessoas responsáveis por operacionalizar as medidas de controle de doenças endêmicas (NUNES, 2004).

² Passageiro, clandestino, tripulante, profissional não tripulante, em viagem, num meio de transporte (RDC nº. 217/2001).

³ Área compreendida pelas instalações portuárias, como ancoradouros, docas, cais, pontes e *piers* de atracação e acostagem, terrenos, armazéns, edificações e vias de circulação interna, bem como pela infra-estrutura de proteção e acesso aquaviário ao porto compreendendo, guias-correntes, quebra mares, eclusas, canais, bacias de evolução e áreas de fundeio, que devem ser mantidas pela administração do Porto de Controle Sanitário (RDC nº. 217/2001).

⁴ Legislação sanitária específica para a fiscalização da área portuária e de embarcações, alterada pela RDC nº 217/2001.

legislação sanitária brasileira. O planejamento das atividades era realizado pelo médico - responsável pelo Posto - que definia as tarefas a serem realizadas diariamente, coordenando as ações e avaliando os resultados. Em tal contexto observei que os trabalhadores daquela equipe haviam sido capacitados através da prática no serviço, num processo empírico, descontínuo e sem sistematização que, não raro, tinha como uma de suas conseqüências o comprometimento da eficácia de suas ações para a saúde pública. Percebia um fazer ainda amarrado ao modelo burocrático-cartorial-tradicional com um enfoque policialesco, desconectado da responsabilidade educativa da saúde pública. Desta forma, parecia não haver uma consciência clara, por parte dos trabalhadores, sobre a finalidade da vigilância sanitária de proteger e promover a saúde da população (BRASIL, 1999a).

No Estado do Rio Grande do Sul, a responsabilidade pelo controle das atividades do Posto Portuário de Rio Grande ficava a cargo do Serviço de Saúde de Portos, Aeroportos e Fronteiras, coordenado por uma pedagoga, com especialização em saúde pública. Em nível nacional, havia a Coordenação Nacional de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras, Ecologia Humana e Saúde do Trabalhador (COPAF), uma divisão da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), do Ministério da Saúde (MS), cujo coordenador era um enfermeiro.

No ano de 1997, iniciei minha experiência profissional como docente substituta da FURG no Departamento de Enfermagem, ministrando aulas teóricas e práticas na Disciplina de Saúde Pública. Aproveitei este espaço para começar a discussão do tema vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras no curso de enfermagem, na tentativa de dar mais cientificidade àquela prática. Assim, elaborei um projeto de ampliação do conteúdo teórico e de campo de estágio da disciplina, que foi apresentado ao conjunto de professores responsáveis pela mesma e encaminhado ao Departamento de Enfermagem. A partir de então, a Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras passou a ser campo de estágio da Disciplina de Saúde Pública do Curso de Enfermagem e Obstetrícia da FURG. Ao final do primeiro semestre de 1997, havia cinco alunas fazendo estágio complementar à graduação, no Posto de Vigilância Sanitária do Porto de Rio Grande, sendo que três delas utilizaram temas de vigilância sanitária para desenvolverem suas monografias de conclusão de curso. Enquanto supervisora destes estágios, continuei constatando as mesmas dificuldades entre os trabalhadores do Posto quanto ao entendimento dos resultados de suas ações dentro do contexto saúde/sociedade. As estagiárias também manifestavam a mesma percepção e, embora todas elas estivessem entusiasmadas com o novo campo de trabalho para a enfermagem, expressavam certa dificuldade de relacionamento com a equipe, principalmente

com os médicos. Relatavam que se sentiam boicotadas no desenvolvimento das atividades, como se atrapalhassem aquela equipe. Havia algo velado que transitava naquela forma de interagir.

Ao término do meu contrato com a FURG, em 1999, em razão da experiência que havia adquirido sobre VISAPAF, fui convidada para trabalhar como consultora do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD) na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que acabava de ser constituída⁵. Sendo assim, comecei meu percurso profissional na Agência como assessora técnica da Gerência de Vigilância Sanitária de Portos, vinculada à Gerência Geral de Portos, Aeroportos e Fronteiras (GGPAF) com sede em Brasília. É importante salientar que ter ingressado na ANVISA no momento de sua criação me propiciou participar dos processos de desenvolvimento gerencial da VISAPAF, da elaboração de normas técnicas, da construção dos processos de trabalho, do planejamento de cursos de capacitação para os trabalhadores e da operacionalização desses cursos em vários Estados brasileiros, entre outras atividades. A supervisão do trabalho das coordenações estaduais e dos postos de vigilância sanitária ficava sobre a responsabilidade das Gerências. Neste contexto, tive a oportunidade de conhecer *in locus* o trabalho de controle sanitário realizado nos portos, aeroportos e fronteiras terrestres da maioria dos Estados do Brasil. Isto me possibilitou uma observação mais ampla de como se dava a organização do trabalho e sobre o perfil dos profissionais que faziam parte das equipes de vigilância sanitária.

Assim, verifiquei que a forma de trabalho e o relacionamento entre os diferentes profissionais da ANVISA nos Estados eram predominantemente iguais aos que observara no Posto de Vigilância Sanitária de Rio Grande/RS no período de 1996 a 1998. Isto é, as equipes eram constituídas por trabalhadores de diversas formações e diversos níveis de escolaridade. A única diferença estava no fato de que, após a criação da Agência, os trabalhadores cedidos de diversos órgãos para a Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) passaram a formar um quadro especial de pessoal da Agência. Todos eram funcionários públicos exercendo a função de fiscalização sanitária de acordo com a Resolução nº. 2, de 28 de novembro de 2000 (BRASIL, 2000), que lhes conferia o Poder de Polícia⁶ para o exercício de suas ações. Com a publicação desta Portaria os trabalhadores, que antes exerciam suas atividades informalmente,

⁵ A Anvisa foi criada através da Lei nº. 9.782 em 26 janeiro de 1999b.

⁶ É a faculdade que dispõe a Administração Pública para condicionar e restringir o uso e gozo de bens, atividades e direitos individuais, em benefício da coletividade ou do próprio Estado. Convém distinguir polícia administrativa das polícias judiciárias e da polícia de manutenção da ordem pública. A polícia administrativa incide sobre os bens, direitos e atividades, ao passo que as outras sobre as pessoas, individualmente ou indiscriminadamente (MEIRELLES, 1999, p. 115).

passaram a desenvolvê-las com amparo legal. De qualquer forma, continuaram não integrando o quadro de especialistas e analistas em vigilância sanitária, ou seja, não foram reconhecidos no plano de carreira da ANVISA. Também integravam esta equipe de trabalhadores, profissionais com contratos temporários, contratos PNUD e UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura).

No ano de 2001, com minha transferência de Brasília para a Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras no Estado do Rio Grande do Sul (CVSPAF/RS), comecei a me dedicar à construção de uma metodologia de trabalho voltada para o cuidado dos viajantes. Aos poucos, o interesse por este tema foi crescendo e passei a coordenar as ações de controle sanitário de viajantes no Estado, até o início de 2005. Nesta ocasião, com um conhecimento mais consolidado sobre o assunto, retornei para a ANVISA em Brasília para trabalhar na área técnica de orientação e controle sanitário de viajantes que acabava de ser criada na GGPAF. Em novembro de 2005, esta área técnica foi transformada em Gerência pela qual passei a responder. Nesta caminhada na qual venho construindo minha experiência como integrante da equipe de trabalhadores em vigilância sanitária de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados⁷ multiplicaram-se alguns questionamentos que foram tomando forma de inquietações. Assim, interrogava-me: como se construiu e continua se construindo historicamente as práticas de vigilância sanitária de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados? Quem são os sujeitos responsáveis pelas ações de vigilância sanitária? Como é construído o conhecimento por esses trabalhadores e como é manifestado nas práticas cotidianas?

É nesta perspectiva que apresento como meu **objeto de estudo: as representações sociais sobre vigilância sanitária entre trabalhadores em vigilância sanitária de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados**. Esta escolha se deu devido à constatação, junto aos trabalhadores, do emprego de saberes que emergiam espontaneamente no cotidiano de trabalho, além da percepção de uma forte amarração a um saber impregnado de uma cultura construída historicamente na vigilância sanitária. Sá (1998, p. 50) diz que “enquanto modalidade de pensamento prático, as representações sociais constituem-se de algo que

⁷ Em outubro de 2005, a GGPAF amplia sua área de competência, passando a ser responsável, também, pelos recintos alfandegados. Desta forma, as áreas de competência englobam: portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados (BRASIL, 2005b); Recintos Alfandegados: I - de zona primária: os pátios, armazéns, terminais e outros locais destinados à movimentação e ao depósito de mercadorias importadas ou destinadas à exportação, que devam movimentar-se ou permanecer sob controle aduaneiro, assim como as áreas reservadas à verificação de bagagens destinadas ao exterior ou dele procedentes e as dependências de lojas francas; II - de zona secundária: os entrepostos, depósitos, terminais ou outras unidades destinadas ao armazenamento de mercadorias nas condições do inciso anterior, assim como as dependências destinadas ao depósito de remessas postais internacionais sujeitas ao controle aduaneiro (BRASIL, 2005c).

emerge das práticas”. Porém, cabe ressaltar, que estas representações são percebidas pelo pesquisador, mas não são claras para os trabalhadores da VISAPAF.

Ao buscar os antecedentes do estudo, verifiquei a existência de várias pesquisas sobre a construção da história das ações em vigilância sanitária a partir do contexto sócio-político-econômico, situando-a no espaço das relações sociais de produção-consumo (DUARTE, 1990; PILATI, 1995; SOUTO, 1996; COSTA, 1999; LUCCHESI, 2001; PIOVESAN, 2002). Na área específica da vigilância sanitária de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados, há o estudo de Rocha (2004) que trata dos riscos de saúde provenientes de contaminação microbiana nas aeronaves em vôos de longo alcance, onde descreve o entendimento dos trabalhadores da vigilância sanitária de aeroportos sobre o risco. Destacam-se também o projeto de pesquisa de Nunes (2004)⁸, que se propõe a estudar a Formação/Educação dos trabalhadores da VISAPAF/ANVISA/MS e a pesquisa de Henriques⁹ (1992), que apresenta a experiência da prevenção da entrada da cólera através de um porto brasileiro, dando ênfase as ações de controle sanitário. Com exceção dos estudos de Rocha (2004) e Nunes (2004), chama atenção, a ausência de menção de quem executa estas ações, o que estimula ainda mais o estudo do conhecimento efetivamente praticado que liga o objeto ao sujeito da ação em vigilância sanitária.

Diante da problemática apresentada, estruturo como questão de estudo: **Que representações sociais de vigilância sanitária expressam os discursos e as práticas de trabalho dos trabalhadores da Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados no Estado do Rio Grande do Sul - CVSPAF/RS, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária?**

Como **justificativa e relevância do estudo** entendo que ele possa contribuir para a revisão e uma possível (re) estruturação do processo de trabalho que seja de interesse dos próprios trabalhadores e da instituição-ANVISA. Também, ressalto a importância deste estudo para a reflexão sobre os processos de educação e formação dos trabalhadores em VISAPAF.

⁸ Projeto aprovado em exame de qualificação junto à Faculdade de Educação/UFRGS, em agosto de 2004 e indicado pela banca examinadora a passagem direta para o doutorado.

⁹ Atual Diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

2 OBJETIVO

O objetivo proposto nesta pesquisa consiste em conhecer as representações sociais sobre vigilância sanitária entre trabalhadores da Coordenação de Vigilância de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados no Estado do Rio Grande do Sul, considerando sua construção na ação cotidiana das relações, processos e prática de trabalho, na perspectiva dos universos reificado e consensual, expressa em mecanismos de objetivação e ancoragem.

3 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA E DO REFERENCIAL TEÓRICO

Para um melhor entendimento sobre o objeto deste estudo, fez-se necessária uma revisão sobre a construção histórica da vigilância sanitária no panorama mundial, destacando-se sua conformação no campo da saúde pública, bem como sua organização no Brasil. Isto porque, ao se estudar as representações sociais, precisa-se considerar que estas são historicamente construídas, vinculando-se ao contexto em que os indivíduos estão inseridos, aos diferentes grupos socioeconômicos, culturais e étnicos que as expressam como práticas sociais. No que diz respeito a história brasileira, fez-se um recorte da vigilância sanitária desde a chegada da família real em 1808 até a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária em 1999, procurando focar-se no controle sanitário de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados. Na seqüência da revisão do objeto deste estudo, apresenta-se o referencial teórico - a Teoria das Representações Sociais.

3.1 Construção Histórica da Vigilância Sanitária no Mundo

As ações de vigilância sanitária constituem a mais antiga face da Saúde Pública (COSTA, 2001a). Desde épocas imemoráveis, sob os mais diversos modos de produção da vida social, as sociedades vêm tentando exercer controle sobre os elementos essenciais à vida em coletividade e que constituem ameaças à saúde e à vida. De acordo com Souto (1996), problemas e questões coletivas como as doenças transmissíveis, controle do meio ambiente, água, alimentos e assistência médica, têm sido as principais preocupações sanitárias da população durante muitos períodos da história. Povos antigos deram grandes contribuições no sentido de superar esses problemas ligados a questões coletivas. Babilônicos e hindus, por exemplo, estabeleceram preceitos morais e religiosos fixados nos códigos de Hamurabi e Manu e regras sobre as condutas de profissionais que tratavam as doenças. A saúde era vista como questão de dignidade humana e, portanto, era essencial que houvesse mecanismos de normatização para garantir o controle e a organização de questões que pudessem interferir na saúde da população. Segundo Costa (2004), estas normas sobre a saúde incluíam até sanções para caso de falta de cumprimento. Na Índia, 300 anos a.C., já havia legislação proibindo a adulteração de alimentos, medicamentos e perfumes. Porém, a manutenção da limpeza

representava muito mais uma prática religiosa do que higiênica. Conforme Rosen (1994, p. 32), “era uma forma das pessoas se mostrarem puras aos olhos dos Deuses”.

Desde a Antiguidade Clássica até a Idade Média, desenvolveram-se ações de saneamento do meio ambiente como controle da água e do esgoto, limpeza das ruas e dos mercados e outras. Na Antiguidade Clássica, os gregos se destacavam na clínica e na elaboração do conhecimento das relações entre saúde e ambiente, tendo como grande contribuição as ações voltadas para o cuidado com a medicina. Os romanos foram os inovadores na administração das cidades, dando grande contribuição à engenharia sanitária, influenciando através do desenvolvimento do direito romano em questões relacionadas à água de beber e esgotos e foram os primeiros a trazer água encanada para as casas. Na época de Nero, criaram-se serviços públicos de saúde que dispunham de oficiais (funcionários da administração pública-*aedilices*) responsáveis pela supervisão da limpeza das ruas e dos mercados públicos e pela proibição da venda de alimentos estragados. Esse sistema público de saúde, destaque da administração romana, sobreviveu à desintegração do império romano (ROSEN, 1994).

Na Idade Média, a igreja tinha o papel de ser guardadora dos saberes de saúde e higiene. A utilização da água encanada, latrinas apropriadas, etc., restringiam-se aos claustros e a igreja e não eram ensinadas aos “leigos”, permanecendo por muito tempo o descaso sanitário em relação à limpeza das ruas, ao saneamento e ao controle de alimentos (SOUTO, 2004). A partir da baixa idade média, passou a haver uma maior preocupação com esses problemas por parte da comunidade¹⁰, dando lugar a medidas para ordenar um “modo de vida higiênico”. Esta prática desencadeou o surgimento de um grande número de regulamentos e penalidades que se tornaram base para um *código sanitário*. A idéia de contágio sinalizou enfaticamente as bases para o isolamento dos doentes. Com as práticas de isolamento, difundidas por toda a Europa, iniciava-se a vigilância epidemiológica e, com isto, outro ramo da vigilância sanitária, o controle sanitário dos portos (COSTA, 1999).

De acordo com Costa e Rosenfeld (2000, p. 20) a partir das medidas estabelecidas em Veneza, em 1348, teve início a vigilância dos portos para impedir a entrada de epidemias nas cidades. Veneza era o porto mais importante da Europa para a chegada de mercadorias vindas do Oriente. Visando barrar a entrada da peste nessa cidade, estabeleceu-se a inspeção de embarcações e das suas cargas, especialmente quando infectadas ou suspeitas, colocando-se os passageiros sob o regime de quarentena, com exposição ao ar e à luz solar. Isto porque as

¹⁰ O entendimento de comunidade relaciona-se com um agrupamento de indivíduos.

medidas de vigilância tinham por objetivo estreitar as relações de comércio entre países, dando garantias internacionais para as cargas e a tripulação.

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. De acordo com Costa (1999, p. 381), “dessas práticas de quarentena ficaram as bases para o desenvolvimento das atividades atualmente conhecidas como vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras”.

Desde a antiguidade, a solução destes problemas cabia à administração das cidades, o que indica que as práticas de proteção à saúde eram uma função do poder público. Desde então, leis e normas disciplinavam a vida em sociedade, a despeito do desconhecimento do modo como os agentes causadores se relacionavam com as doenças. As transformações de ordem econômica, a partir de meados do século XVI, levaram ao surgimento de uma nova classe social, a burguesia, e a conformação de uma nova forma de riqueza, a mercantil¹¹. Nesse período se formou o Estado Moderno, e surgiram os conceitos de Estado, Governo, Nação e Povo. Com o surgimento do Estado Moderno e do capitalismo, desenvolveram-se as primeiras formas de intervenção do Estado na saúde como a Medicina de Estado na Alemanha, a Medicina Urbana na França e a Medicina da Força de Trabalho na Inglaterra.

Na vigência do mercantilismo, todas as nações européias demonstravam preocupação com o estado de saúde das suas populações, pois a doutrina mercantilista concebia o trabalho como elemento principal da geração de riquezas. Desta forma, via a população como o recurso mais importante do Estado. Surge a noção de polícia, derivada da palavra grega *politeia*, e a correspondente polícia médica cuja idéia era a criação de uma política médica pelos governos. O conceito de polícia médica, idealizado por Johann Peter Frank (1745-1821), expandiu-se pela Europa, servindo de base tanto para propostas de intervenção sobre problemas do meio como guia para funcionários públicos encarregados de regular a atividade humana.

No início do século XIX, com a nova configuração político-econômica de Estado Liberal, o conceito de polícia médica começou a ficar ultrapassado. Mesmo assim, este deixou a herança da noção de sistematização das atividades administrativas e de fiscalização do cumprimento das normas sanitárias. Antes deste período, no final do século XVIII, além do conceito de fiscalização surge a idéia de salubridade, originária da medicina social francesa que, segundo Costa e Rosenfeld (2000, p. 21),

¹¹ Baseada no comércio de mercadorias e no dinheiro.

[...] dizia respeito ao estado das coisas, do meio e de seus elementos constitutivos que, em sendo salubres, favorecem a saúde. Dessa noção se originou, no século XIX, a de higiene pública, como controle político-científico do meio.

A partir do final do século XIX, a epidemiologia deu um salto para tratar as questões de saúde no plano coletivo (COSTA, 2001a). Isto implicou no surgimento da discussão do conceito de risco¹², um dos conceitos fundamentais no campo da saúde coletiva, uma vez que a saúde pública / vigilância sanitária necessita de fundamentação estatisticamente comprovada para demonstrar o que pode vir a constituir dano ou risco nocivo à saúde da coletividade.

3.2 Construção Histórica da Vigilância Sanitária no Brasil

O Brasil, com a chegada da família real em 1808 e a nova inserção nas transformações de ordem capitalista mundial, passou a fazer parte das rotas comerciais inglesas e de outras “nações amigas”. Com isso, ampliou o fluxo de embarcações e a circulação de passageiros e mercadorias. Desta forma, aumentou a necessidade de realização de um controle sanitário nos portos com o objetivo de impedir a entrada de doenças epidêmicas e, também para criar condições de aceitação dos produtos brasileiros no mercado exterior. A polícia médica surge no Brasil e sua conformação espelhou-se no forte domínio europeu em relação às práticas sanitárias, durante este período. De acordo com Machado (1978, p. 159) “o governo imperial ao instalar-se atribui a si próprio garantir o enriquecimento, a defesa e a saúde do povo da nova terra”.

As ações de controle sanitário tinham um caráter fiscalizador, julgador e punitivo, e as autoridades detinham o poder de tributar e de arrecadar as taxas sobre os respectivos serviços. Através do Regimento da Provedoria¹³, foi criado o cargo de Provedor Mor de Saúde da Corte e Estados do Brasil, o qual vai constituir as bases do futuro Serviço de Saúde dos Portos. A partir disto, a sociedade passou a ser objeto de prática médica e a saúde passou a constituir-se em problema social. À Provedoria era atribuída a função de realizar o controle de alimentos,

¹² O termo risco é usado em várias acepções da linguagem comum e em aproximações ao conceito epidemiológico de risco; embora imprecisos, os diversos sentidos que o termo exprime se reportam à possibilidade de ocorrência de evento danoso à saúde, relacionado com objetos concretos da vigilância sanitária (COSTA, 2004).

¹³ Entrou em vigência em 1810 dando forma a um novo tipo de prática, baseada no modelo da política médica, e expressava uma nova relação entre a medicina e o Estado.

exercício profissional, saneamento básico e a quarentena nos navios, conformando, assim, a polícia médica no Brasil (SOUTO, 1996; COSTA; ROSENFELD, 2000). Em 1851, essas atribuições foram transferidas para a Junta Central de Higiene Pública, com o propósito de “executar a polícia médica em todos os lugares, estabelecimentos e casas de onde pudesse provir dano à saúde pública” (RODRIGUES, 1977, p. 5).

Considerando a história social da saúde pública no Brasil, percebe-se que vem sendo marcada por sucessivas reorganizações administrativas e edições de muitas normas com pouco cumprimento (MACHADO et al., 1978; LUZ, 1982; COSTA, 2004). Da instalação da Colônia até os anos 20 da República Velha, ações de vigilância sanitária foram desenvolvidas como parte das atividades de saúde pública, sem diferenciação organizacional significativa, exceto em portos importantes. Nunes (2004), sinaliza que dentro desta perspectiva o modelo adotado para o desenvolvimento da saúde pública no Brasil seguia o da medicina estatal apoiado na polícia médica. Isto porque, naquele momento político autoritário o País estava mais próximo das características do Estado Alemão do que de outros Estados liberais, como por exemplo, a França e a Inglaterra.

Desta forma, sob a vigência da 1ª Constituição Republicana, em 1923, foi estabelecido o Regulamento Sanitário Federal, uma espécie de código sanitário que regulamentava os mais distintos objetos de interesse da saúde. A concepção de polícia sanitária dominava as ações e o termo vigilância sanitária era usado indistintamente para o controle sanitário de pessoas doentes ou suspeitas de doenças transmissíveis, de estabelecimentos e de locais. Era exigida licença sanitária para estabelecimentos de saúde, farmácias e fábricas e para disponibilização de especialidades farmacêuticas no mercado - produtos anti-sépticos e desinfetantes, mas não para cosméticos e produtos de higiene, nem para alimentos. A falsificação de alimentos era enquadrada por lei como crime inafiançável. “Tudo indica que as ações do campo da VISA nunca tiveram prioridade e que a percepção social dessa necessidade foi gradativamente se obscurecendo com o isolamento institucional, sob a face antipática da fiscalização” (COSTA, 2001a, p. 20).

Ao analisar as políticas de saúde durante a primeira república, Costa e Rosenfeld (2000) registram dois grandes momentos político-sanitários. O primeiro correspondeu ao período Oswaldo Cruz, cujas práticas sanitárias construíram-se através de bases científicas modernas, quando a concepção biologicista substituiu a teoria miasmática. O segundo foi marcado pela criação de instituições sanitárias e pelo surgimento das primeiras políticas sociais do país (SOUTO, 2004). Neste sentido, faz-se referência a Reforma Paula Souza em

1925 no Estado de São Paulo que apresentou como principal característica as ações referentes à educação sanitária. De acordo com Ribeiro, resultou,

[...] em duas grandes contribuições: a criação da Inspetoria de Educação Sanitária, cujo objetivo era desenvolver a consciência sanitária da população, e o Instituto de Higiene que ficou responsável, até o final da primeira república, pela formulação da política de saúde para o Estado de São Paulo (1993, p. 255).

Com essa reforma, criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) que substituiu a Diretoria Geral da Saúde Pública. O higienismo francês que influenciou a conformação das práticas sanitárias no Brasil, durante parte do Império e Primeira República, voltou a se evidenciar na década de 20, devido à influência de valores liberais da época, pois era preciso combater a ignorância, disciplinar gestos e atitudes, sendo a educação sanitária instrumento para desenvolver uma consciência sanitária liberal (SOUTO, 2004). A autora relata que a crise econômica que marcou o final dos anos 20, anunciou uma nova conformação política brasileira, a Ditadura Vargas. Este período teve como principal característica a centralização do poder e a diminuição da autonomia dos Estados e Municípios.

No período, houve intensa produção normativa e legal incluindo a promulgação, inclusive, das Constituições de 1934 e 1937 e as estruturas de saúde pública passaram por várias reformas, com destaque para a criação do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina (SNFM). O Serviço de Saúde dos Portos e o Serviço Federal de Águas e Esgotos, que já existiam na época da criação do SNFM, mantiveram-se como órgãos separados. Neste período (1930), foram desmobilizadas as rotinas de controle sanitário, à exceção do combate à febre amarela. Somente a partir de 1935, seriam retomadas as campanhas sanitaristas, ações coordenadas centralmente e “militarmente”, com um forte poder de polícia, constituindo-se no elemento central da institucionalização das ações de saúde Pública (COSTA, 1985). Além de representarem os interesses intervencionistas do Estado, segundo Bodstein (1987, p. 35), “respondiam também a reivindicações dos movimentos sociais emergentes. Identificava-se nas práticas sanitárias desse período o caráter clientelista”. Surgem no Estado de São Paulo, inspetorias de trabalho, alimentação pública, leite e laticínios (DUARTE, 1990).

Com o governo Dutra (1945-1950), seguiu-se um intenso movimento de entrada de capitais estrangeiros, romperam-se os ideais nacionalistas e floresceu o discurso liberal mascarado de redemocratizante. Como consequência para o setor saúde houve um elevado crescimento da indústria químico-farmacêutica e de alimentos. Desde a criação do Ministério da Educação e Saúde (1930), o DNSP vinha sofrendo sucessivas reorganizações,

transformando-se, em 1953, no Ministério da Saúde (MS)¹⁴. A nova estrutura era composta de 10 (dez) órgãos, entre os quais o Departamento Nacional de Saúde (DNS) que, entre outras atribuições, era responsável pelas atividades de fiscalização de portos, pelo Serviço de Saúde dos Portos (SSP), e pelo controle do exercício da medicina, Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina (SNFM). No final do governo Kubitschek, em 1961, foi regulamentado o Código Nacional de Saúde que estabelecia normas gerais sobre defesa e proteção da saúde.

Nos anos que procederam ao golpe militar de 1964, fatos importantes marcaram a cena política de saúde. Entraram em vigência normas técnicas para orientar a organização do funcionamento e a fiscalização das instituições de assistência médico-social, para o controle dos produtos cosméticos e de higiene e da atividade hemoterápica e do sangue, para a vigilância de portos e fronteiras e saúde dos imigrantes, criando-se, para isto, a Inspeção de Saúde dos Portos, nas várias regiões do País (COSTA; ROSENFELD, 2000). Houve um aumento da abrangência da vigilância sanitária, incorporando-se novos objetos e práticas de controle, acompanhando o crescimento da produção e do consumo de produtos e serviços de interesse sanitário. No final do período, consolidou-se o conceito de vigilância sanitária no controle de doenças transmissíveis, e o termo vigilância sanitária passou a denominar o conjunto de ações nas áreas de portos e fronteiras. Este conceito começou a ser ampliado na década de 70 ao incluir o controle sanitário de produtos e serviços de interesse à saúde.

Na conjuntura pós-1974, caracterizada pelo fim do milagre econômico, ocorreu o fortalecimento do autoritarismo brasileiro com repercussões no setor saúde. A criação do Ministério da Previdência Social, em 1974, reforça a dicotomia entre saúde pública e assistência médica. A Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) foi criada em 1976 como desdobramento da Lei 6. 229/1975 e do Decreto-Lei 200/67.

Em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde e a Conferência de Saúde do Consumidor, foram obtidas duas grandes contribuições para a vigilância sanitária: a Lei 8. 080 de 17/09/90 que introduziu no seu conceito as atividades de saúde do trabalhador, controle do meio ambiente e prestação de serviços e a Lei 8. 078 de 11/07/90 que corresponde ao Código de Defesa do Consumidor. De acordo com SOUTO (1996), as mudanças políticas do governo Sarney, realizadas no início de 87, repercutiram no setor saúde com a troca de ministros, fazendo com que ocorressem novos rearranjos na vigilância sanitária, no final desse governo, porém, aconteceram vários retrocessos.

Até 1988, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) definia a Vigilância Sanitária como:

¹⁴ Lei 1920 de 25 de julho de 1953 cria o Ministério da Saúde.

Um conjunto de medidas que visam elaborar e controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativo a portos, aeroportos e fronteiras, medicamentos, cosméticos, alimentos, saneantes e bens, respeitada a legislação pertinente, bem como o exercício profissional relacionado com a saúde (COSTA; ROSENFELD, 2000, p. 15).

A Constituição de 1988 estabeleceu a saúde como um direito fundamental do ser humano. Adotando um conceito mais abrangente, vinculou sua realização às políticas sociais e econômicas e ao acesso às ações e serviços destinados não somente à sua recuperação, mas também à sua promoção e proteção, provocando reordenamentos no Direito Sanitário (DALLARI, 1995). Segundo Dias (2004), a Vigilância Sanitária é um imperativo constitucional e legal. Inserida no campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme o artigo 200 da Constituição, a vigilância sanitária é definida de acordo com o art. 6º da Lei 8.080 de 19/09/90 (BRASIL, 1990) como “um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”. Essa definição confere um caráter mais completo ao conjunto das ações de Vigilância Sanitária (VISA): a natureza essencialmente preventiva e sua “missão” de interferir na reprodução das condições econômico-sociais, ambientais e de vida, isto é, na ampla esfera dos fatores determinantes do processo saúde-doença-qualidade de vida e que se afiguram como riscos à saúde relacionado ao meio ambiente e à produção, circulação e consumo de bens e serviços (COSTA, 2004).

Henriques (1992) faz uma análise do modelo de intervenção da vigilância sanitária durante a epidemia de cólera em 1991 no Porto de Santos, referindo-se a vigilância sanitária de portos como “a primeira instituição pública destinada à proteção da população e dos interesses econômicos contra a proliferação de doenças”, define VISA como:

Uma das diversas designações que têm sido atribuídas ao longo da história a um conjunto de práticas decorrentes do conhecimento epidemiológico e sucessoras de sua evolução, aliadas a instrumentos oriundos de outras disciplinas visando à preservação e à proteção do organismo humano contra agressões externas (HENRIQUES, 1992, p. 11).

3.3 A Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária: uma nova perspectiva

Vários foram os acontecimentos que precipitaram e impulsionaram a elaboração de um projeto pelo Poder Executivo na busca de um novo formato para a Administração Pública no controle sanitário. Dentre eles destaca-se a insustentabilidade do modelo burocrático-

cartorial e a fragilidade na área face aos riscos à saúde. Riscos estes perpetrados pelo mercado de consumo, com numerosas mortes evitáveis em serviços de saúde, e derrames no mercado de medicamentos falsificados e com outras irregularidades. Este projeto teria como instrumento gerencial a independência financeira, a autonomia administrativa, a estabilidade dos dirigentes e a reorganização dos recursos humanos. Nessa perspectiva, em 27 de janeiro de 1999, criou-se a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através da promulgação pelo Congresso Nacional da Lei nº. 9. 782, que afirma em seu artigo 6º:

A Agência terá por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle dos portos, aeroportos e fronteiras (BRASIL, 1999b).

A lei de criação da ANVISA, que também define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, incorpora funções legais exigidas pelos movimentos sociais como obrigação institucional da Vigilância Sanitária. Isto trouxe disposições que facilitaram o comércio de produtos no âmbito do Mercado Comum do Cone Sul (MERCOSUL) formado por Argentina, Uruguai, Brasil, Paraguai e Venezuela. Como novas funções tem-se o monitoramento da evolução dos preços de medicamentos e outros objetos de interesse sanitário, participação da sociedade através do Conselho Consultivo, podendo ainda ter outros espaços ampliados como as câmaras técnicas e setoriais. Além dos já citados mecanismos de participação social, fica estabelecido, através do Regimento Interno da ANVISA¹⁵, que as normas técnicas serão colocadas em consulta pública e serão discutidas em audiências públicas. A criação da ANVISA traz novas perspectivas para as relações entre o Estado e a sociedade, tanto no campo da produção e da prestação de serviços como do processo de educação para a proteção da saúde.

3.4 A Teoria das Representações Sociais como um Referencial para a Compreensão das Práticas dos Trabalhadores de VISAPAF

No cenário contemporâneo, a globalização da economia, do comércio, da produção, da circulação dos meios de transporte e das pessoas faz com que as reordenações nas práticas de

¹⁵ Criado pelo Decreto nº 3. 029/99 (BRASIL, 1999a).

controle sanitário sejam discutidas em diversos âmbitos sociais. Desta forma, a cadeia de negociação para um agir participativo social desafia a ANVISA a coordenar estratégias de discussões em nível local, regional, nacional e internacional. O desenvolvimento da vigilância sanitária vem sendo impulsionado, de forma significativa, por processos de natureza econômica e social. Por um lado, conforme Lucchese (2001), sua importância se amplia cada vez mais no curso do fenômeno da globalização, em função dos acordos na área do comércio internacional envolvendo interesses da saúde, uma vez que a vigilância sanitária se transforma em suporte de processos regulatórios internacionais no âmbito econômico. Sendo assim, “a participação de um país no comércio internacional de bens relacionados com a saúde torna-se cada vez mais atrelada à competência técnica das instituições” (COSTA, 1999, p. 383). Esta exigência vem trazendo para a vigilância sanitária um discurso corrente sobre a importância de fundamentar as práticas em uma ação de saúde que vá além da fiscalização, abraçando as práticas de educação para a saúde. Todas estas mudanças precisam ser assimiladas rapidamente pelos trabalhadores VISAPAF cuja linguagem tem que acompanhar este ritmo rápido de desenvolvimento. Isto porque, precisam classificar e nomear as informações e exigências buscando um equilíbrio, materializando o abstrato, ou seja, precisam familiarizar-se com o não familiar. Este processo de construção de saberes em VISAPAF tem implicações diretas no cotidiano destes trabalhadores, as quais se refletem no fazer vigilância sanitária.

O contexto discutido neste estudo traz a necessidade de uma abordagem que leve em consideração a complexidade histórico-sócio-cultural com que vem se construindo a VISAPAF, considerando o saber efetivamente praticado que se concretiza no cotidiano desses trabalhadores. Seguindo as perspectivas deste projeto, adotam-se as bases conceituais da Teoria das Representações Sociais, por constituírem um vasto campo para estudos que pretendam englobar as dimensões cognitivas, afetivas e sociais como apresentado por Moscovici (1961) e trabalhado posteriormente por Jodelet (1984, 1989, 2001) e outros.

Há várias ciências que estudam a maneira como as pessoas tratam, distribuem e representam o conhecimento. Mas o estudo de como, e porque, as pessoas partilham o conhecimento e, desse modo, constituem sua realidade comum e como eles transformam idéias em prática - numa palavra - o poder das idéias. É o problema específico da psicologia social (MOSCOVICI, 1990, p. 164).

Para Moscovici (2003), na perspectiva da psicologia social, o conhecimento surge das paixões humanas e, desta forma, nunca é desinteressado, pelo contrário, ele é sempre produto de um grupo específico de pessoas que se encontra em circunstâncias específicas, nas quais elas estão engajadas em projetos definidos. A partir deste delineamento, busca-se a

apropriação do conceito de representações sociais, para definir a inserção psicossocial no estudo, ou seja, na condução da pesquisa utilizar-se-á explicitamente uma modalidade de saber gerada através da comunicação na vida cotidiana, que tem por finalidade prática orientar os comportamentos em situações sociais concretas.

Trata-se de “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p. 22). As representações sociais não dizem respeito a conhecimentos certos ou errados sobre um objeto. A construção de conhecimentos do senso comum, por parte dos indivíduos, constitui um processo gerador de ações sociais a partir de visões de mundo, concepções ideológicas e culturais que estão presentes nas relações sociais da vida cotidiana. Para Spink (1995), o estudo das representações sociais está ligado a teorias do conhecimento que procuram valorizar o saber do senso comum.

Na definição de Moscovici (1978), a representação social refere-se ao posicionamento e localização da consciência subjetiva nos espaços sociais, no intuito de constituir percepções por parte dos indivíduos. Nesse contexto, as representações de um objeto social passam por um processo de formação entendido como um encadeamento de fenômenos interativos, fruto dos processos sociais no cotidiano do mundo moderno. O conceito de representação social de Moscovici (1978) tem estreitas relações com o de representações coletivas de Durkheim (1986), que foi quem primeiro abordou a discussão das representações coletivas. Em obra reeditada, Durkheim (1998, p. 154) diz que os “primeiros sistemas de representação que o homem fez para si do mundo e de si mesmo são de origem religiosa”. Segundo o autor, essas representações “traduzem a maneira como o grupo se pensa nas relações com os objetivos que o afetam” (DURKHEIM, 1999b).

A principal meta de Durkheim é encontrar e explicar o que fornece unidade a vida social, o que liga as várias formas, como as sensações individuais (entendendo o indivíduo como produto da realidade) são representadas, sua causa objetiva, universal e eterna. Para isto, ele se vale do conceito de consciência coletiva. A associação dos homens (indivíduos), na sua síntese, produz um todo (realidade social) que se sobrepõem às partes que o formam.

A partir do instante em que, no seio de uma sociedade política, certo número de indivíduos têm em comum idéias, interesses, sentimentos, ocupações que o resto da população não partilha com eles, é inevitável que, sob a influência dessas similitudes, eles sejam atraídos uns para os outros, que se procurem, tenham relações, se associem e que se forme, assim, pouco a pouco, um grupo restrito, com sua fisionomia especial no seio da sociedade geral. [...] esse apego a algo que supera o indivíduo, essa subordinação dos interesses particulares ao interesse geral, é a própria fonte de toda atividade moral (DURKHEIM, 1999a, p. 21).

Os modos individuais de agir, o sentir e o pensar socialmente são, pois, efeitos psíquicos, provocados pelos meios próprios da consciência coletiva em sua ação sobre os indivíduos. Verifica-se o caráter objetivo das representações coletivas, assim como as representações individuais que, mesmo sendo produzidas por ações e reações permitidas pelos elementos nervosos, têm existência por si e são passíveis de observação. As representações coletivas, embora produzidas por ações e reações entre indivíduos, deles são independentes. Tais representações, por terem característica de fatos sociais, assim como as instituições e as estruturas, são exteriores aos indivíduos e exercem coerção sobre as consciências individuais. Na análise de Herzlich (1991), Durkheim enfatiza a primazia do pensamento social sobre o pensamento individual, quando destaca que “a representação coletiva não se reduz à soma das representações dos indivíduos que compõem a sociedade. Ela é também uma realidade que se impõe a eles [...]” (1991 p. 23).

Farr (1994), ao diferenciar os conceitos durkheimiano e moscoviciano, salienta que o de Durkheim é mais apropriado para um contexto de sociedades menos complexas, enquanto Moscovici se volta para as sociedades modernas que são caracterizadas por seu pluralismo e pela rapidez com que as mudanças econômicas, políticas e culturais ocorrem.

Em sua crítica a Durkheim, Moscovici (1984) demonstra que ele era um seguidor da tradição Kantiana, com uma concepção muito estática das representações e que, embora Durkheim se preocupasse tanto com a sociedade como com o indivíduo, foi a inabilidade de Kant em dominar o conceito de interdependência dialética, ou co-construção, que tornou as representações de Durkheim tão estáticas, conforme apresentado em entrevista à Marková (MOSCOVICI, 2003).

No seu clássico *La Psychanalyse, son image et son public*, Moscovici (1961) define os conceitos elementares e as bases teóricas das representações sociais. Refletindo sobre as origens da teoria, Moscovici (2003, p. 339), ao ser entrevistado por Marková, refere:

Foi lendo Piaget que me ocorreu que ele estudou o senso comum das crianças, do mesmo modo que eu estava tentando estudar o senso comum dos adultos. Esse foi o primeiro elo. Descobri depois que seu método de estudar crianças através das observações e entrevistas focais poderia servir-me do mesmo modo. Esse foi o segundo elo. Envolvendo-me em seu trabalho, comecei a investigar seus sistemas teóricos, o sentido dos conceitos que ele empregou, sua lógica [...]. E aqui encontrei de novo a representação, dessa vez não como uma noção, mas como uma idéia teórica [...].

A partir deste ponto, Moscovici percebe o pensamento diferente do que vinha sendo estudado na psicologia da cultura européia, com base em duas distinções: humano/animal e humano/máquina, passando a uma terceira distinção que é sociedade/indivíduo, tornando-se,

para ele, à distinção básica. Desta forma, percebe-se que Piaget foi o grande inspirador da teoria moscoviciana, pois, embora Moscovici (1961) tenha se referido a Durkheim em sua obra *La psychanalyse, son image et son public*, refere que “leu muito pouco dele, além de seu trabalho sobre representações individuais e coletivas” (2003, p. 340), na época em que escreveu esta obra.

Comecei a ler seriamente a obra dos pais dessas idéias, Durkheim e Lévi-Bruhl, na década de 1980, quando escrevi *The Invention of Society* e compreendi o que eles estavam querendo dizer. Além disso, Piaget tomou seus conceitos e muitos pontos de vista teóricos, por exemplo, sobre o pensamento simbólico e o julgamento moral, de Durkheim. De certo modo recebi a herança de Durkheim e Lévi-Bruhl sem estar consciente disso (MOSCOVICI, 2003, p. 340).

Além de Durkheim, Lévi-Bruhl e Piaget, Moscovici também conta, para estabelecer as bases da Teoria das Representações Sociais, com outras contribuições. Cabe destacar a teoria da linguagem de Saussure e a teoria do desenvolvimento cultural humano de Vigotski. (KARLING, 2001).

Estudar as representações sociais que os trabalhadores da VISAPAF têm sobre a vigilância sanitária, significa uma possibilidade de integrar as dimensões cognitiva e afetiva que se estruturam sobre a realidade social em que estes sujeitos estão inseridos (JOVCHELOVITCH E GUARESCHI, 1999). Porém, é importante deixar claro que ao se falar nos trabalhadores da VISAPAF, não se faz referência a representações individuais, pois o indivíduo é entendido como resultado das relações por ele estabelecidas. Na análise de Guareschi (2000), é a partir destas relações que o indivíduo vai continuamente se transformando, sendo que sua especificidade e singularidade constituem-se no resultado de infinitas relações que este estabelece com os demais ao longo de sua existência.

Para Moscovici, a externalidade das representações e do seu processo, seu deslocamento, sua naturalização e projeção, consistem num mecanismo psicossocial de apresentação/construção social da realidade. O elemento construção assume um lugar central, representando o esforço de trazer o indivíduo ao seu lugar de sujeito na medida em que percebe sua condição de socialmente constituído e, ao mesmo tempo, constituinte.

Traz-se a este estudo, a percepção de uma vigilância sanitária “sem sujeitos”, ou melhor, com “sujeitos não lembrados”, por constatar-se na literatura a ausência destes trabalhadores, como se não existissem. Percebe-se uma construção histórica desta cultura de silenciamento dos trabalhadores em VISAPAF, como um sentimento de desvalorização das ações desenvolvidas pelo grupo, percebida e manifestada pelos próprios trabalhadores no dia-

a-dia. Mas como é possível existir uma vigilância sanitária, e uma história desta, sem estes trabalhadores? Como vem se construindo esta cultura?

Nesta perspectiva, o conceito de representações sociais abre possibilidades para analisar estes questionamentos, uma vez que é contrário à epistemologia do sujeito ou do objeto puro. Para Jovchelovitch e Guareschi (1999), a teoria moscoviciana tem como foco a relação entre sujeito e objeto, detendo-se, portanto, sobre um sujeito que, em sua relação com o mundo, constrói tanto este como a si próprio. Neste movimento de construção tornam-se fundamentais tanto a atividade do sujeito no mundo quanto a realidade do mundo sobre o sujeito. Dall’Agnol (1999, p. 45), também salienta a importância de se contemplar a bidimensionalidade de sujeito-objeto, uma vez que os indivíduos “deparam-se com a condição concomitante de sujeitos e objetos de uma sociedade [...]. Não há como separar o individual do social porque ambos se constituem”.

Segundo Moscovici (2003, p. 54), “a finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não-familiar, ou a própria não-familiaridade”. Esta familiarização, ou transformação de uma linguagem não familiar em familiar, na abordagem psicossocial moscoviciana, significa acionar dois mecanismos de um processo de pensamento baseado na memória e em conclusões passadas. Ou seja, os dois processos geradores de representações sociais: objetivação e ancoragem que, segundo Jodelet, são provocados “pelo efeito conjugado do funcionamento cognitivo e social” (2001 p. 265).

Os conteúdos mentais dos indivíduos, seus julgamentos e suas idéias são separados e assumem um caráter externo. Eles aparecem como uma substância ou como forças autônomas que povoam o mundo em que se vive e se atua. Os estados mentais [...] não permanecem nos indivíduos, eles se projetam, tomam forma, tendem a se consolidar, a se tornar objetos; isso corresponde a dar um caráter material às nossas abstrações e imagens, a metamorfosear as palavras em coisas (MOSCOVICI, 1990, p. 272).

Para entender melhor estes dois conceitos básicos, objetivação e ancoragem, torna-se indispensável distinguir a sociedade em dois universos: o consensual e o reificado. No universo consensual “a sociedade é uma criação visível, contínua, permeada de sentido e finalidade, possuindo uma voz humana [...] em outras palavras, o ser humano é a medida de todas as coisas” (MOSCOVICI, 2003, p. 49-50). Para Oliveira e Werba (1999) é o universo familiar do senso comum, onde se encontram as práticas interativas do dia-a-dia e a produção de representações sociais. Neste universo, a sociedade constitui-se de um grupo de pessoas iguais e livres. As pessoas falam em nome deste grupo, materializando o pensamento através das conversas informais (discursos) que, com o passar do tempo, formam uma base comum de significância entre seus participantes. “O pensar é feito em voz alta. Torna-se uma atividade

ruidosa, pública, que satisfaz a necessidade de comunicação, com isso mantém e consolida o grupo, enquanto comunica a característica que cada membro exige dele” (MOSCOVICI, 2003, p. 49-51).

No universo reificado, segundo Moscovici (2003, p. 50), “a sociedade é transformada em um sistema de entidades sólidas, básicas, invariáveis, que são indiferentes à individualidade e não possui identidade”, situando-se neste universo o não-familiar. Para Moscovici (2003), esta sociedade ignora a si mesma e as suas criações, que ela vê somente como objetos isolados, tais como as pessoas, idéias, ambientes e atividades.

Ao se estudar as origens da VISAPAF, identifica-se uma ênfase nas questões relacionadas à produção e consumo que atendem a interesses da economia, do mercado e do Estado. Como já mencionado neste estudo, a conformação histórica desta vigilância sinaliza uma ausência dos sujeitos que compõem e constroem socialmente a realidade da VISAPAF (universo consensual) e não apenas vivem no quadro de uma sociedade¹⁶ pré-estabelecida, exterior aos indivíduos (universo reificado). Moscovici (1990, p. 244), seguindo os ensinamentos de Simmel, refere que:

[...] são as interações, os conflitos e as associações que transformam uma coleção de indivíduos numa massa, em movimento ou numa organização de um gênero particular. De resto, as idéias e as crenças que os acompanham estão na origem da ação que cada um persegue na história.

A partir das posições de Simmel seguidas por Moscovici, Dall’Agnol (1999) faz uma leitura destes dois universos, referindo-se a fatos nominados (universo reificado) e fatos anônimos (universo consensual). A autora diz que a sociedade não se resume a fatos nominados, portanto, estes imperativos sociais mais amplos, as instituições, o Estado, as classes e os grupos de interesse não devem ser concebidos como um dado “dado”, pois é importante entender que na dinamização do corpo social, os seres concretos não são somente constituídos, mas também constituintes, e destaca a importância de se dar atenção aos movimentos dos fatos anônimos, “para os momentos em que se intersectam encontros informais e os da micro formalidade, em vigência do trabalho cotidiano” (DALL’AGNOL, 1999, p. 45-46).

Estes dois universos entram no cotidiano da vida subjetiva e coletiva através dos mecanismos da objetivação e ancoragem. A objetivação, desta forma, é o processo pelo qual são materializadas as idéias e os conceitos. A materialização de uma abstração é uma das

¹⁶ A sociedade não é vista como um todo autônomo, anterior ou exterior às relações que enlaçam seus membros [...]. Ela se desenvolve ao mesmo tempo que eles [...] (MOSCOVICI, 1990, p. 246).

características mais misteriosas do pensamento e da fala. Objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma idéia, ou seja, reproduzir um conceito em uma imagem. Exemplificando esta materialização/objetivação, Sawaia (1995, p. 38), diz: “temos apenas que comparar Deus com um pai e o que era invisível, instantaneamente, torna-se visível em nossas mentes, como uma pessoa a quem nós podemos responder como tal”.

Na transmutação das teorias científicas para o senso comum, as idéias científicas, difundidas através de uma minoria de cientistas, filósofos, etc., uma vez incorporadas no mundo da vida, passam pelo processo chamado de popularização do conhecimento (MOSCOVICI, 2003). Desta forma, estas idéias já não são percebidas como produtos da atividade intelectual de um grupo específico de cientistas, mas como reflexo de algo que existe efetivamente como fatos, independentes de quem as criou. Ao circular dentro do universo consensual (maioria), a nova idéia interfere em ideais existentes, tornando-se foco de conversações e debates. O que antes era específico de um conceito e determinado pelas regras do universo reificado, reduz-se ao penetrar no real.

A partir dessas comunicações, entendimentos ou desentendimentos, a partir de numerosas transformações e reformulações, algo novo é criado nas conversações e debates, isto é, uma nova representação partilhada do senso comum com seu próprio estilo e conteúdo (MOSCOVICI, 2003, p. 353).

Assim, há uma interdependência entre a minoria e a maioria, ou seja, a influência é exercida nestas duas direções e é recíproca. Ainda, cada parte de um grupo é considerada simultaneamente como emissora e receptora de influência, o que, segundo Moscovici (2003), constitui-se numa forma de pensar dialética ou dialógica.

Outro mecanismo presente na constituição das representações sociais é a ancoragem, entendida como a penetração de uma representação entre as já existentes na sociedade. É na ancoragem que a representação assume seu caráter eminentemente social, pois os novos elementos são percebidos pelo indivíduo/grupo, emergindo das características fundamentais da representação na teoria de Moscovici (1990, p. 273): “só se pode falar em representação como representação de alguém, isto é, de um grupo específico que tem e partilha informações, convenções e emoções específicas”.

É preciso localizar socialmente o agente da representação social, em lugar de tratá-lo genericamente, como indicava Durkheim, pois a representação não está fora do grupo e nem paira sobre ele. Cada grupo social poderá agir de forma diferente em relação a um mesmo elemento, e na interação entre os grupos, o resultado do que passa e o que se fixa, o que muda e o que expulsa o novo, não pode ser previsto, embora se possam identificar tendências. Neste estudo, busca-se conhecer as representações sociais dos trabalhadores da VISAPAF sobre

vigilância sanitária. Trata-se de um grupo específico, onde todos desenvolvem as mesmas atividades, independentemente do grau de escolaridade e da área de conhecimento.

Moscovici (1984), faz referência ao universo consensual em relação dialética com o universo reificado e da importância destas inter-relações, uma vez que as representações sociais são construídas nas contradições sociais a partir das pressões cotidianas e possuem a preocupação de criar versões contemporâneas de um determinado saber. Assim, para o autor, o senso comum afeta a ciência, bem como a ciência afeta o senso comum.

4 A ESCOLHA DO MÉTODO

Uma vez feita esta escolha pelo referencial teórico da Teoria das Representações Sociais, precisa-se tomar outras decisões e fazer outras escolhas, conforme indica Sá (1998). Isto é, a grande teoria, conforme são chamadas as proposições originais básicas de Moscovici, desdobram-se em três correntes teóricas complementares, sendo uma mais fiel à teoria original, liderada por Denise Jodelet, em Paris; outra que procura articulá-la com uma perspectiva mais sociológica, liderada por Willem Doise, em Genebra; e outra, ainda, que enfatiza a dimensão cognitivo-estrutural das representações, liderada por Jean-Claude Abric, em Aix-em-Provence.

Embora, de acordo com Sá (1998, p.65) “não se trate de abordagens incompatíveis entre si, na medida em que provêm todas de uma matriz básica e de modo algum a desautorizam”, neste estudo toma-se como referência a perspectiva de Denise Jodelet. Isto porque, esta corrente é utilizada por pesquisadores que queiram “dar conta de uma maneira maximamente compreensiva da representação de um dado objeto por um dado conjunto social” (SÁ, 1998, p.78).

Neste estudo, do tipo exploratório-interpretativo, desenvolve-se uma abordagem qualitativa. Guareschi (1998) entende que a metodologia já revela uma postura de quem a executa diante do mundo e das coisas, devendo ser definida a partir do objeto de estudo em questão. O objeto das ciências sociais é histórico, uma vez que a sociedade existe num determinado espaço com uma formação e configuração social específicas. A partir de uma consciência histórica, os seres humanos dão sentido ao trabalho intelectual do pesquisador, havendo identidade entre sujeito e objeto, uma vez que o pesquisador é, também, humano. “Como consequência o objeto de estudo é, em essência, qualitativo, pois a realidade social é parte integrante do dinamismo da vida individual e social, possuindo alto grau de complexidade e uma enorme riqueza” (PEREIRA JÚNIOR, 2003, p. 52).

4.1 Local e Sujeitos da Pesquisa

Na estrutura organizacional da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados ocupa *status* de Gerência

Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados – GGPAF, e é exercida nos Estados através das Coordenações de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados – CVSPAF.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) conta hoje com um mil e trezentos trabalhadores para atender vinte e seis Coordenações de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (CVSPAFs) nos Estados e uma CVSPAF no Distrito Federal. A equipe que realiza o controle sanitário é constituída por homens e mulheres de diversas categorias profissionais com diferentes níveis de escolaridade desde o ensino fundamental incompleto até o nível superior, incluindo pós-graduados. O exercício das atividades não se relaciona ao nível de escolaridade ou à categoria profissional, pois conforme havia sido sinalizado, todos trabalhadores, homens e mulheres, desenvolvem as mesmas ações de acordo a Resolução nº. 2 de 28 de novembro de 2000, que lhes confere o Poder de Polícia para exercer tal função (NUNES, 2004).

O campo de estudo compreende postos de vigilância sanitária vinculados à Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados no Estado do Rio Grande do Sul. A seguir, serão retomados, mais detalhadamente, aspectos relativos à seleção do espaço de pesquisa.

4.2 Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados no Estado do Rio Grande do Sul

A Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados, localizada na Cidade de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul, é gestora de onze Postos de Vigilância Sanitária no Estado, conforme discriminados abaixo.

- Postos de Vigilância Sanitária Portuários: há dois Postos de Vigilância Sanitária de Portos: Posto Portuário de Rio Grande e Posto Portuário de Porto Alegre. Destes dois postos, destaca-se o Posto Portuário de Rio Grande pela grande circulação de embarcações, mercadorias e pessoas, sendo assim, o posto de maior expressão da Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados no Estado do Rio Grande do Sul, no que diz respeito a ações de vigilância sanitária nesta área de atuação.

- Postos de Vigilância Sanitária Aeroportuários: Há somente um Posto de Vigilância Sanitária Aeroportuário em Porto Alegre, localizado no Aeroporto Internacional Salgado Filho.
- Postos de Vigilância Sanitária de Fronteira: há oito Postos de Vigilância Sanitária de Fronteiras: Posto de Fronteira de Uruguaiana, Posto de Fronteira de Porto Xavier, Posto de Fronteira de São Borja, Posto de Fronteira de Jaguarão, Posto de Fronteira do Chuí, Posto de Fronteira de Santana do Livramento, Posto de Fronteira de Aceguá e Posto de Fronteira de Quaraí. O Posto de Fronteira de Uruguaiana, atualmente, é o maior em movimentação de importação e exportação de produtos sujeitos ao controle sanitário. Também se destaca pelo trânsito de veículos de carga e passageiros terrestres, portanto, com uma grande circulação de viajantes, sendo o posto de maior expressão de controle sanitário da Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados no Estado do Rio Grande do Sul.

Existem ainda três recintos alfandegados sob a responsabilidade da CVSPAF/RS, localizados nos municípios de Canoas, Caxias do Sul e Novo Hamburgo.

O espaço de pesquisa deste estudo - vigilância sanitária de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados - reúne um campo intersetorial, cujo conhecimento advém, além de campos específicos, do objeto em que age - enfermagem, farmácia, nutrição, biologia, engenharia, epidemiologia, medicina, direito sanitário e outros. Precisa, no entanto, do auxílio de disciplinas que não pertencem ao campo da saúde como, por exemplo, o direito internacional, o direito administrativo, as relações internacionais, os direitos difusos, a política tributária, o planejamento, a matemática probabilística, a política industrial, as políticas sociais, as ciências sociais, etc. Para realizar este trabalho complexo, que envolve vários saberes e perpassa diferentes disciplinas, a CVSPAF/RS conta com uma equipe de cento e dez trabalhadores cedidos ou redistribuídos da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e Ministério da Saúde, distribuídos entre a sede da Coordenação e os postos vinculados à mesma. Destes trabalhadores, trinta e cinco são de nível superior, sessenta e três de nível médio, onze com ensino fundamental e um com ensino fundamental incompleto, todos desempenhando as mesmas atividades de fiscalização sanitária.

Em relação à formação destes trabalhadores de nível superior da CVSPAF/RS, há sete farmacêuticos, dois nutricionistas, dezesseis médicos, um médico veterinário, três odontólogos, dois administradores de empresa, um enfermeiro, dois advogados e um

engenheiro agrícola. Destes, somente quatorze tem especialização em saúde pública. Além dos cem trabalhadores cedidos ou redistribuídos para a CVSPAF/RS, ainda compõem o quadro de trabalhadores um operador de sistemas com contrato temporário e seis estagiários do Centro de Integração entre Escolas e Empresas (CIEE).

O Fluxo hierárquico da CVSPAF/RS descende, respectivamente, conforme consta no organograma a seguir (Figura):

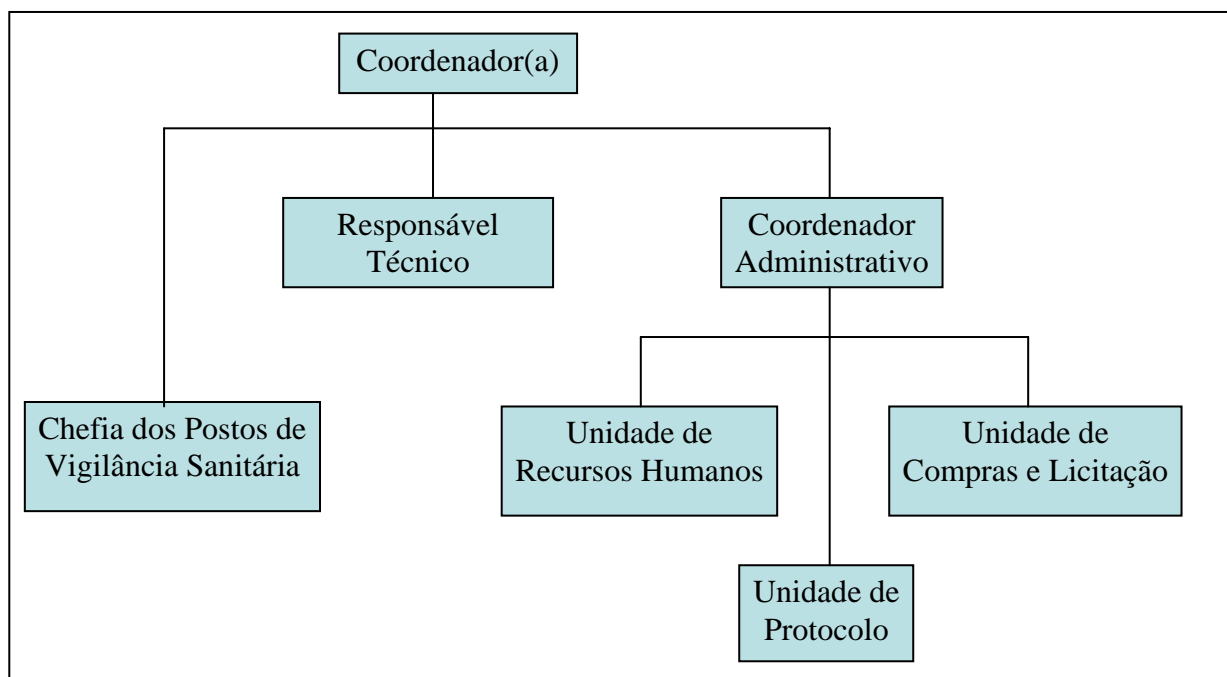


Figura – Fluxo Hierárquico da CVSPAF/RS.

Os trabalhadores da sede da Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados no Estado do Rio Grande do Sul trabalham em dois turnos (manhã e tarde), com uma jornada de quarenta horas semanais e os trabalhadores dos postos de vigilância sanitária, em turnos administrativos (manhã e tarde) e plantões de doze e dezesseis horas.

Conforme já mencionado no item 4.1, a pesquisa desenvolveu-se em Postos de Vigilância Sanitária vinculados a CVSPAF/RS. A escolha deste campo para a pesquisa não ocorreu ao acaso, mas sim, considerando-se as características desta Coordenação que dispõem sob sua gestão de Postos responsáveis pelo controle sanitário em portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados. Dos onze postos da Coordenação foram escolhidos três: Posto de Fronteira de Uruguaiana, Posto Aeroportuário de Porto Alegre e Posto Portuário de Rio Grande, representando as três áreas de atuação de interesse neste estudo. A seleção dos três postos apoiou-se na justificativa de serem estes os de maior expressão na CVSPAF/RS, ou

seja, os responsáveis pela vigilância sanitária dos pontos de entrada de maior fluxo de meios de transporte, produtos e viajantes no Estado do Rio Grande do Sul.

Estes três postos contam com um total de cinquenta e dois trabalhadores, assim distribuídos:

- Posto Portuário de Rio Grande: compõem a equipe deste posto dezenove trabalhadores, dos quais cinco são de nível superior, nove de nível médio, quatro com ensino fundamental completo e um com ensino fundamental incompleto, todos desempenhando atividades de Fiscalização. Dos seis profissionais de nível superior somente um tem especialização em saúde pública.
- Posto Aeroportuário de Porto Alegre: compõem a equipe deste posto vinte e sete trabalhadores, dos quais onze são de nível superior, treze de nível médio e três com ensino fundamental completo. Dos vinte e sete trabalhadores, vinte e cinco desenvolvem atividades de fiscalização, um desenvolve atividade exclusivamente administrativa e 2 encontram-se de licença médica. Em relação aos profissionais de nível superior, somente dois tem especialização em saúde pública.
- Posto de Fronteira de Uruguaiana: compõem a equipe deste posto seis trabalhadores, dos quais um é de nível superior, três de nível médio e dois com ensino fundamental completo, todos desenvolvendo atividades de fiscalização sanitária.

4.3 Técnicas de Pesquisa e Coleta de Informações

A coleta de informações ocorreu entre novembro de 2005 e junho de 2006 junto aos trabalhadores que compõem as equipes de profissionais do Posto Portuário de Rio Grande, Posto Aeroportuário de Porto Alegre e Posto de Fronteira de Uruguaiana da Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados no Estado do Rio Grande do Sul. Nesta seleção, intencional, levou-se em consideração o paradoxo que se verifica em meio à heterogeneidade do grupo em se tratando da formação profissional e a homogeneidade da tarefa, isto é, todos executam as mesmas ações de fiscalização sanitária.

Como critérios de inclusão na pesquisa, considerou-se o trabalhador que realiza atividades de fiscalização e que tinha interesse em falar sobre o tema do estudo. Foram excluídos aqueles que estavam ausentes no período da coleta de informações por motivos

diversos (licença de saúde, licença de interesse, férias, etc.) ou que não quiseram participar quando da seleção.

No estudo das representações sociais, Jodelet (2001) ressalta a importância de uma abordagem plurimetodológica. Neste sentido, localizou-se na Técnica de Associação Livre e nas Entrevistas Semi-Estruturadas o suporte apropriado para o propósito da pesquisa que necessita de técnicas que permitam o entendimento dos sentidos que os trabalhadores da VISAPAF atribuem à vigilância sanitária.

4.3.1 Associação Livre de Palavras

A coleta de informações foi desencadeada, num primeiro momento, pela Técnica de Associação Livre que, segundo Bardin (1977, p. 52):

[...] ajuda a localizar zonas de bloqueio e de recalçamento de um indivíduo e consiste em solicitar aos sujeitos que associem livre e rapidamente, a partir da audição das palavras indutoras (estímulos), outras palavras (respostas), ou palavras induzidas.

A técnica de associação livre foi operacionalizada através da evocação de palavras, utilizando-se a expressão vigilância sanitária, como indutora das associações, com o objetivo de identificar as representações que os trabalhadores da VISAPAF têm sobre a vigilância sanitária. Fez-se a seguinte pergunta: Quais as três primeiras palavras que lhe vêm à cabeça quando você escuta a expressão vigilância sanitária? Logo após, solicitou-se que organizassem estas três palavras destacando as duas mais significativas e/ou importantes.

Este procedimento foi realizado com quarenta e quatro trabalhadores, tendo em vista que dos cinquenta e dois trabalhadores que representam o total dos três postos envolvidos, um desenvolvia atividades exclusivamente administrativas, dois se encontravam de licença médica e cinco não quiseram participar.

4.3.2 Entrevistas Semi-Estruturadas

Após a técnica de associação de palavras procedeu-se à realização de Entrevistas Semi-Estruturadas. Trata-se de uma técnica muito conhecida na pesquisa qualitativa, em que

se parte de um conjunto de perguntas básicas construídas de acordo com a teoria, formuladas a partir do problema de estudo, segundo os objetivos da pesquisa. Em seguida, conforme as respostas dos sujeitos, formulam-se novas perguntas, elaboradas a partir de novas hipóteses, que são derivadas das respostas anteriores. Jodelet (2001) sugere que se comece com perguntas de caráter mais concretos, factuais, um trabalho que inicie no particular, seguindo em direção ao geral. Diz que é melhor que se inicie com descrições de elementos e condutas da vida cotidiana, entre outras, conforme roteiro de entrevista (apêndice C).

A abordagem deste particular vai permitindo que os elementos que estruturam as opiniões e as atitudes se mostrem. As perguntas foram formuladas precisamente para ir além da espontaneidade em direção ao que, por várias razões, não é comumente dito.

Quanto ao número de entrevistas adotou-se as perspectivas de estudos franceses que consideram entre 20 e 30 entrevistas o índice de saturação (GHIGLIONE; MATALON, 1997; CAMARGO, 1998; FERREIRA, 2000). Assim, foram entrevistados 30 sujeitos utilizando-se para a escolha dos participantes a técnica “bola de neve” (*snowball technique*). Esta técnica vem sendo utilizada em diversos estudos na área da saúde (LOPES; COUTINHO, 1999; SILVA, 2002; COELHO, 2001; FERNANDES, 2004). Para cada um dos campos de estudo, selecionou-se através de um sorteio, o primeiro trabalhador a ser entrevistado e, no final desta entrevista, solicitou-se ao respondente que indicasse um colega para ser entrevistado e, assim sucessivamente, até completar o número de entrevistas previstas para cada local. Quando ocorria a impossibilidade de participação de algum dos sujeitos indicados, o processo “bola de neve” era repetido com uma nova indicação.

Para que as trinta entrevistas fossem distribuídas de maneira proporcional entre os três postos onde se realizaram as coletas de informações deste estudo, considerou-se as diferenças nos contingentes quantitativos dos trabalhadores entre os postos. Para alcançar equidade, se aplicou uma regra de três composta, ficando as entrevistas assim distribuídas: onze no Posto Portuário de Rio Grande, dezesseis no Posto Aeroportuário de Porto Alegre e três no Posto de Fronteira de Uruguaiana. Estes três Postos de Vigilância Sanitária são vinculados a CVSPAF/RS. A maioria destes 30 trabalhadores (77%) entrou para a vigilância sanitária a partir de 1996, oriunda do ex-Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Além destes, também participaram das entrevistas, trabalhadores procedentes da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) que correspondem a 20% dos entrevistados, e do próprio Ministério da Saúde que correspondem a 3%, com entrada na vigilância sanitária entre os anos de 1986 e a 1996. Com relação à escolaridade, 54% dos 30 trabalhadores entrevistados têm nível médio, 43% nível superior e 3% nível fundamental.

Uma vez feita a seleção por sorteio do primeiro sujeito de cada campo de pesquisa, realizava-se um contato preliminar, informalmente através de telefone, com cada trabalhador selecionado para verificar sua aceitação em participar das entrevistas. Por tratar-se de uma conversa inicial, eram fornecidos alguns esclarecimentos sobre o estudo e a forma de seleção. Diante do aceite do trabalhador em participar, fazia-se o agendamento da entrevista e solicitava-se que indicasse um colega para ser entrevistado. Caso não aceitasse, também era pedido que indicasse alguém de sua equipe de trabalho, considerando-se os critérios de inclusão. Todas as entrevistas foram realizadas em salas apropriadas, reservadas para reuniões, nos postos de vigilância sanitária selecionados como campo de pesquisa. Estes locais foram eleitos como preferenciais pelos entrevistados devido à facilidade de ajustarem a agenda para a realização das entrevistas aos horários de plantão.

4.4 Aspectos Éticos

O projeto foi encaminhado à CVSPAF/RS, através de um ofício (Apêndice A) com anúncio formal, com cópias para as chefias dos três Postos dessa Coordenação (Posto Portuário de Rio Grande, Posto Aeroportuário de Porto Alegre e Posto de Fronteira de Uruguaiana). Neste documento, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, finalidades, metodologia e precauções éticas, onde se solicitou a CVSPAF/RS espaço para a pesquisadora poder proceder aos encaminhamentos necessários.

Este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo aprovado na reunião nº. 40, ata nº.61 de 18/08/2005 (Anexo).

No momento da divulgação deste estudo, bem como, antes de se iniciar as entrevistas e o teste de associação de palavras deixou-se claro que se tratava de uma iniciativa acadêmica de pós-graduação, cuja responsabilidade é da pesquisadora que contou com a orientação e amparo legal do programa de pós-graduação, ao qual se vincula. Aos sujeitos da pesquisa foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Informado (Apêndice B), oficializando o compromisso com as questões éticas, uma vez que se trata de uma pesquisa com seres humanos. Desta forma, atendeu-se o preconizado pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, de acordo com a Resolução

196/96 CONEP – CNS – MS (BRASIL, 1996) e, também, pelas Diretrizes Consensuais Tripartites para a Boa Prática Clínica (FRANCISCONI; GOLDIM, 2003).

Ressaltou-se a isenção da pesquisa de vinculações hierárquicas ou de influências que pudessem de alguma forma afetar o entrevistado, dando-se ênfase ao anonimato e à confidencialidade na coleta de informações. Mesmo assim, houve três desistências em participar do estudo. Dois sujeitos alegaram constrangimento devido à gravação em áudio e outro declinou do convite depois de pedir um tempo para pensar e decidir. Admite-se a possibilidade do desconforto estar associado ao fato da pesquisadora-mestranda também manter um vínculo empregatício com a ANVISA. Por isso, intensificou-se o zelo com as questões éticas, tendo-se respeitado integralmente a vontade dos sujeitos.

Cumprir destacar que a todos sujeitos participantes foi assegurada uma devolutiva dos resultados após conclusão do estudo e uma das formas de divulgação do trabalho consiste em veicular o teor do mesmo na Intravisa - sistema de informação interno, acessado somente pelos trabalhadores da Anvisa.

Com relação à gravação em áudio das entrevistas, as fitas foram inutilizadas após transcrição, mantendo-se guarda do material transcrito por cinco anos, a contar da publicação dos resultados.

4.5 Descrição, Interpretação, Explicação e Compreensão das Informações

Para disparar o processo de apreensão dos elementos constitutivos das representações sociais, buscando-se a primeira noção do sujeito de pesquisa sobre o objeto de estudo, utilizou-se a técnica de associação de palavras como primeiro recurso. Isto porque esta técnica permite que se faça uma análise qualitativa de dados processados quantitativamente, uma vez que se quantificou os significantes, ou seja, as palavras que foram evocadas a partir de uma expressão que caracteriza o objeto da representação em estudo, destacando-se aqui a expressão vigilância sanitária como estímulo indutor.

Através do programa *Microsoft Excel* 2003, os produtos das evocações foram organizados em listas de frequência, ordem de aparecimento das três palavras evocadas e importância atribuída a elas pelos participantes, uma vez que cada sujeito foi estimulado a organizar as duas palavras mais importantes. Posteriormente, procurou-se aprofundar os resultados dos significantes, levantados a partir do teste de evocações de palavras, por meio

de associações ou confronto com os significados explorados dos depoimentos obtidos pelas entrevistas. Essa etapa de análise não se restringiu ao significado explícito, ou seja, por apenas associação direta com significantes (palavras / expressões); também, buscou-se o significado subjacente nas entrelinhas de cada entrevista, delineando um fio condutor no compasso das demais. Para a preparação deste material, as entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra. Após, realizou-se leituras flutuantes para captação dos conteúdos para a análise, preparando-se o texto para a apreensão dos temas até se chegar às categorias centrais. Para Spink (1995), após a transcrição da entrevista, deve ser realizada a leitura flutuante do material, intercalando-se a escuta do material gravado com a leitura do material transcrito de modo a afinar a escuta, deixando aflorar os temas, atentando para a construção, para a retórica, permitindo que os investimentos afetivos possam emergir. De acordo com Dall’Agnol (1999, p. 70), “leitura flutuante consiste em ir apontando tudo o que o discurso possa estar sugerindo, pois que a objetividade mesma está na subjetividade, em se tratando da fala e da interpretação a ela referida”.

Optou-se pela análise temática, pois, segundo Cortes (1998, p. 33), “a noção de tema está ligada à mensagem que se refere a determinado assunto”. O tema é unidade ou significação que depende de um texto analisado de acordo com critérios relativos à teoria que segue de guia de leitura”. Os temas foram descritos e agrupados em categorias, destacando-se as principais idéias expressas pelos entrevistados. Na delimitação das categorias temáticas também se considerou os dados obtidos no teste de associação de palavras. De acordo com Ferreira (2000), na composição das categorias, ao esboçar-se concepções acerca do pensamento dos sujeitos da pesquisa, busca-se definir um sistema articulado dos discursos,

[...] conformando os pensamentos, idéias, crenças, conhecimentos e atitudes subjacentes aos depoimentos analisados. O conjunto dos sistemas de significação desvenda os contornos das Representações Sociais construídas pelos sujeitos entrevistados (FERREIRA, 2000, p. 66).

Seguindo o compasso de Vignaux (1991, p.224), considerou-se que os temas, em sua concepção, aparecem como o centro da consciência fundamentado na experiência, onde a “estruturação temática coincide de algum modo, com o trabalho de objetivação” da representação. Assim, os elementos afetivos, cognitivos e sociais que organizaram e fizeram emergir os temas, indicaram o segundo ponto primordial para o entendimento das representações sociais, ou seja, a ancoragem. Concomitante a este processo de descrição e análise das informações dos quais destacaram-se elementos significativos que foram

assinalados e categorizados, realizou-se a interpretação, explicação e compreensão deste material, a partir dos pressupostos da Teoria das Representações Sociais.

5 CONCEPÇÕES DE MUNDO E ORIENTAÇÕES PARA A AÇÃO: a palavra pensada e sentida

A teoria e os objetivos que marcaram o início deste estudo e os novos propósitos que surgiram ao longo de seu desenvolvimento foram fundamentais para a construção de um caminho de pesquisa em que não haja dicotomia entre objeto e sujeito do conhecimento, ou seja, onde o objeto pensado e falado é entendido como fruto da atividade humana, ou melhor, réplica interiorizada da ação.

Inicialmente, para buscar a primeira noção do sujeito de pesquisa sobre o objeto em estudo, utilizou-se a técnica de evocação de palavras, por se entender que existe uma forte amarração entre o que se diz e o que se faz. Este entendimento é compartilhado por Franco (2004, p. 171) quando afirma que “segundo o que um indivíduo diz, não apenas podemos inferir suas concepções de mundo como também podemos deduzir sua orientação para a ação”.

A técnica de evocação aplicado a 44 participantes resultou em 219 unidades de significado a partir do estímulo indutor: quais as três primeiras palavras que lhe vêm a cabeça quando escuta a expressão vigilância sanitária? Em seguida, solicitou-se que organizassem estas três palavras destacando as duas mais significativas e/ou importantes.

Conforme já descrito anteriormente, todas as unidades de significado foram organizadas no programa *Microsoft Excel* 2003 em listas de frequência, ordem de aparecimento e importância atribuída pelos sujeitos da pesquisa, conforme se pode verificar nos quadros a seguir.

As palavras, primeiramente evocadas pelos sujeitos, correspondem em ordem decrescente de aparecimento a: saúde (38,64%), prevenção (9,09%), fiscalização (6,82%), controle (6,82%), trabalho (4,55%), responsabilidade (4,55%) e barreira (4,55%), tomando-se como ponto de corte valores maiores ou iguais a dois (Quadro 1).

1º Evocação	n	%	2º Evocação	n	%	3º Evocação	n	%
Saúde	17	38,64%	Prevenção	6	13,64%	Trabalho	3	6,98%
Prevenção	4	9,09%	Controle	5	11,36%	Prevenção	3	6,98%
Fiscalização	3	6,82%	Saúde	3	6,82%	Educação	3	6,98%
Controle	3	6,82%	Responsabilidade	3	6,82%	Vida	2	4,65%
Trabalho	2	4,55%	Trabalho	2	4,55%	Segurança	2	4,65%
Responsabilidade	2	4,55%	Proteção	2	4,55%	Saúde	2	4,65%
Barreira	2	4,55%	Fiscalização	2	4,55%	S/ informação	2	4,65%
Vigilante	1	2,27%	Vida	1	2,27%	Qualidade	2	4,65%
Vacina	1	2,27%	Viajante	1	2,27%	Fiscalização	2	4,65%
Seriedade	1	2,27%	Viagem	1	2,27%	Controle	2	4,65%
Segurança	1	2,27%	Segurança	1	2,27%	Responsabilidade	1	2,33%
Risco	1	2,27%	Risco	1	2,27%	Proteção	1	2,33%
Pouco caso	1	2,27%	Respeito	1	2,27%	Prioridade	1	2,33%
População	1	2,27%	Preocupação	1	2,27%	Poder	1	2,33%
Indefinição	1	2,27%	População	1	2,27%	Orientação	1	2,33%
Conscientização	1	2,27%	Orientação	1	2,27%	Informação	1	2,33%
Conhecimento	1	2,27%	Higiene	1	2,27%	Honestidade	1	2,33%
Confusão	1	2,27%	Disciplina	1	2,27%	Higiene	1	2,33%
			Direito	1	2,27%	Execução	1	2,33%
			Dever	1	2,27%	Direito	1	2,33%
			Desorientação	1	2,27%	Desorganização	1	2,33%
			Desconhecimento	1	2,27%	Dedicação	1	2,33%
			Decepção	1	2,27%	Cuidado	1	2,33%
			Cuidado	1	2,27%	Conscientização	1	2,33%
			Cidadania	1	2,27%	Carreira	1	2,33%
			Capacidade	1	2,27%	Bem Comum	1	2,33%
			Atenção	1	2,27%	Baixo salário	1	2,33%
			Ação	1	2,27%	Atenção	1	2,33%
						Aposentadoria	1	2,33%
						Alimentação	1	2,33%
	44	100%		44	100%		43	100%

Quadro 1 - Associação de palavras sobre o estímulo indutor vigilância sanitária, por frequência e ordem de evocação, de 44 trabalhadores de vigilância sanitária da Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados no Estado do Rio Grande do Sul, 2005-2006.

Fonte: Pesquisa direta, GARCIA, D.S.C. de, Porto Alegre, 2006.

É interessante ressaltar que, num segundo momento quando se solicitou aos participantes que organizassem as duas palavras mais importantes, houve uma aproximação com os resultados do primeiro quadro (Quadro 2).

1º Evocação	n	%	2º Evocação	n	%
Saúde	12	27,27%	Controle	6	12,00%
Prevenção	8	18,18%	Prevenção	6	12,00%
Responsabilidade	3	6,82%	Saúde	5	10,00%
Trabalho	2	4,55%	Trabalho	3	6,00%
Controle	2	4,55%	Proteção	3	6,00%
Barreira	2	4,55%	Vida	2	4,00%
Vida	1	2,27%	Segurança	2	4,00%
Vacina	1	2,27%	Responsabilidade	2	4,00%
Seriedade	1	2,27%	Orientação	2	4,00%
Segurança	1	2,27%	Fiscalização	2	4,00%
Proteção	1	2,27%	Viajante	1	2,00%
Prioridade	1	2,27%	Risco	1	2,00%
Pouco caso	1	2,27%	Respeito	1	2,00%
Poder	1	2,27%	Qualidade	1	2,00%
Fiscalização	1	2,27%	Indefinição	1	2,00%
Decepção	1	2,27%	Higiene	1	2,00%
Cuidado	1	2,27%	Execução	1	2,00%
Conhecimento	1	2,27%	Educação	1	2,00%
Cidadania	1	2,27%	Disciplina	1	2,00%
Baixo salário	1	2,27%	Direito	1	2,00%
Atenção	1	2,27%	Dever	1	2,00%
			Desconhecimento	1	2,00%
			Cuidado	1	2,00%
			Conscientização	1	2,00%
			confusão	1	2,00%
			Carreira	1	2,00%
			Alimentação	1	2,00%
	44	100%		50	100%

Quadro 2 – Associação de palavras sobre o estímulo indutor vigilância sanitária, ordenadas pela importância atribuída pelos sujeitos, frequência e ordem de evocação, de 44 trabalhadores de vigilância sanitária da Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados no Estado do Rio Grande do Sul, 2005-2006.

Fonte: Pesquisa direta, GARCIA, D.S.C. de, Porto Alegre, 2006.

As palavras saúde (27,27%), prevenção (18,18%), responsabilidade (6,82%), trabalho (4,55%), controle (4,55%) e barreira (4,55%) apareceram como primeira evocação e se destacam das demais por se repetirem no mínimo duas vezes, de acordo com o Quadro 2.

As palavras saúde, prevenção, fiscalização, controle, trabalho, responsabilidade e barreira destacam-se, também, pela maior frequência de evocação e importância atribuída pelos sujeitos do estudo. Ao mesmo tempo, estas palavras foram evocadas mais prontamente, sinalizando o que havia de mais espontâneo e livre de formulações conscientes sobre os conteúdos afetivos, cognitivos e sociais responsáveis pela organização das representações sobre vigilância sanitária. Para Souza Filho (1995, p. 117) “as primeiras evocações parecem

ser as mais espontâneas e inconscientes se o sujeito for pego de surpresa, em situação natural, ao passo que as apresentadas posteriormente são mais racionais, mais ligadas aos indivíduos”. Este autor, ainda considera que as palavras mais frequentes geralmente aparecem como primeira evocação merecendo, também, uma atenção especial do pesquisador por se revelarem como mais expressivas no grupo social estudado para a apreensão das representações sociais, explicitando conteúdos latentes.

Até aqui, buscou-se fornecer um panorama geral dos dados obtidos por meio da técnica de evocação de palavras. A partir desses dados e do teor das entrevistas chegou-se às principais categorias temáticas: Proteção da Saúde, Identidade Profissional e Polícia Sanitária: os elos entre o fazer normativo e a educação sanitária. Destaca-se que a técnica de entrevista propiciou a contextualização das informações obtidas no teste de evocação de palavras. Esta contextualização, por sua vez, subsidiou a organização das palavras evocadas, dando contorno à categorização temática, conforme pode ser visualizado no quadro 3 (Apêndice D) e que a seguir são apresentadas.

5.1 Proteção da Saúde

De acordo com Rosen (1994), as primeiras medidas de saúde no Brasil decorreram da necessidade de proteção dos pontos de entrada do País contra doenças provenientes do exterior. Na percepção dos trabalhadores VISAPAF, a vigilância sanitária está intimamente relacionada ao cuidado da sociedade. Embora haja uma predominância no entendimento desse cuidado com foco na saúde, o que se depreende como fio condutor nas falas sobre este cuidado, vincula-se à idéia de proteção no sentido de manter uma situação de saúde pré-existente no País, impedindo a entrada de novos males. Assim, a idéia de saúde apresenta-se fortemente vinculada à idéia de doença e com a ação normativa de cuidar das fronteiras do País. O cuidado, embora entendido neste estudo em oposição ao descuido e ao descaso, conforme proposto por Boff (2000, p.73), assumindo a característica de uma atitude e não de um ato de cuidar, ainda não se expressa em sua amplitude pelos trabalhadores. Esta constatação se deve primeiramente ao fato de se perceber a permanência de uma prática de cuidado que não coloca o sujeito na posição de operar suas próprias escolhas e assumir seu papel no processo de auto-cuidado e no cuidado dos outros. Em segundo lugar, o olhar dos

trabalhadores ainda se localiza na doença, deslocado do conjunto de fatores que envolvem a “vida” dos indivíduos.

Retoma-se que as ações de vigilância sanitária são realizadas por trabalhadores que não detêm um conhecimento específico para atuarem nesta área e que, ao entrarem para a vigilância, desconheciam qual a atividade que deveria ser realizada e o que era fazer vigilância sanitária. O conhecimento foi sendo construído na prática a partir dos entendimentos, das memórias que tinham sobre saúde e sobre as ações de vigilância. Moscovici (1961), menciona que quando um indivíduo tem que enfrentar um objeto social importante, mas desconhecido ou pouco familiar, inicia uma operação complexa de redefinição, a fim de tornar o objeto mais compreensível e compatível com seu sistema simbólico. Na situação concreta, os trabalhadores de VISAPAF, chamados a falarem da vigilância sanitária confrontam-se com um objeto mal definido e impreciso, tanto do ponto de vista da experiência direta quanto da regulação institucional. Num certo sentido, trata-se de um objeto estranho para eles. É por isso que precisam redefinir esse objeto, torná-lo mais familiar, e eles o fazem ancorando em algo já conhecido.

Na categoria proteção da saúde abstraída das entrevistas, tem-se uma das objetivações da representação sobre vigilância sanitária, ancorada em elementos da realidade como ações de prevenção, qualidade de vida da população, higiene, bem comum e direito à saúde. Esses temas foram reforçados no teste de associação de palavras, com destaque para saúde e prevenção pela maior frequência, ordem de aparecimento e importância atribuída pelos sujeitos, tendo sido mencionadas com destaque nas três seqüências de evocações. A palavra proteção também se destacou pela importância conferida pelos sujeitos.

É importante relacionar estes resultados com as reflexões de Costa (2004) sobre o objeto deste estudo. Esta sugere a relevância, ao se falar da vigilância sanitária, das noções de interesse e responsabilidade porque, ao introduzir-se no campo de regulação das relações produção-consumo, a vigilância sanitária lida com diversos interesses e poderes que advêm de forças econômicas em jogo no mercado. Em acepções técnicas, o termo interesse exprime conotações do campo econômico, social e jurídico. Sob aspectos jurídicos, como interesses que transcendem o indivíduo, considera-se o interesse social, o interesse público e o interesse geral¹⁷, cujos significados aproximam-se por origem em núcleo comum de referência, os

¹⁷ Os interesses social e geral encontram-se estreitamente vinculados às noções de coletividade e sociedade civil, enquanto o interesse público liga-se a predominância do Estado; “a expressão interesse público evoca, imediatamente, a presença do Estado, e mediatamente, aqueles interesses que o Estado escolheu como os mais relevantes, por consultarem aos valores prevalentes na sociedade” (MANCUSO, 1994, p.26-7).

interesses metaindividuais que, “além de depassar o círculo de atributividade individual, corresponde à síntese de valores predominantes num determinado segmento ou categoria social” (MANCUSO, 1994, p. 37). Defende o autor que:

Sob esse enfoque, caminha-se desde os interesses individuais (susceptível de captação e fruição pelo indivíduo isoladamente considerado), passando pelos interesses sociais (os interesses pessoais do grupo visto como pessoa jurídica); daí mais um passo temos os interesses coletivos (que depassam as esferas anteriores, mas se restringem a valores concernentes a grupos sociais ou categorias bem definidos); no grau seguinte temos o interesse geral ou público (referido primordialmente à coletividade representada pelo Estado e se exteriorizando em certos padrões estabelecidos, ou *standards* sociais, como **Bem comum, Segurança Pública, Saúde Pública**). Todavia, parece que há ainda um grau nessa escala, isto é, haveria certos interesses cujas características não permitiriam, exatamente, sua assimilação a essas espécies. Referimo-nos aos interesses difusos (MANCUSO, 1994, p. 71, grifo meu).

Esses interesses difusos reportam-se a áreas e temas de largo espectro social, tais como ecologia, **qualidade de vida, direitos humanos**, etc. [grifo meu]. A pertinência dos temas trazidos pelos trabalhadores da VISAPAF, como qualidade de vida e direito à saúde, que se apresentam como um dos pontos de ancoragem a representação sobre vigilância sanitária, pode explicar-se, especialmente, no fato de se conceber os interesses difusos girando em torno da noção de qualidade de vida. Esta noção de acordo com Mancuso (1994, p. 93-94) está “ontologicamente, ligada ao homem enquanto ser humano: alguém que, tendo nascido passa a ser titular de certos interesses relacionados com a sua existência digna”. Interpreta-se, a partir das abstrações das entrevistas, que a idéia de qualidade de vida pode estar relacionada com a ação de controle de qualidade realizada pelos trabalhadores no cotidiano, sendo que este entendimento não é claro para os sujeitos. Assim, o cuidado para que os produtos e serviços disponibilizados à população tenham qualidade, ganha significado enquanto interferência para que as pessoas desfrutem uma vida também com qualidade, que culmina na noção de direito à saúde. Por outro lado, também pode estar envolvendo a qualidade que este trabalhador disponibiliza para desenvolver suas ações no dia-a-dia, relacionada com segurança no trabalho, ambiente agradável, ou não, de convivência com os colegas, satisfação profissional, enfim, situações de trabalho que implicam na qualidade de vida do profissional.

Quanto à significação concedida pelos sujeitos ao tema direito à saúde, apresenta-se relacionada sempre em razão do interesse público, podendo ser encaminhada enquanto processo de proteção das pessoas no sentido de que sejam poupadas da exposição a algum mal procedente do exterior, de fora do País. A idéia é de um direito adquirido pela população de receber este cuidado do Estado que se faz representar por estes trabalhadores. A ação da

VISAPAF adquire a imagem de “escudo” no sentido de impedir que problemas externos afetem a saúde dos brasileiros. Dallari (1995, p. 20), ao se referir ao caráter do Direito à saúde, manifesta que é “resultado das aspirações individuais combinadas à convicção de que o Estado é responsável pela saúde, seja para atender àqueles desejos, seja para cumprir sua finalidade”, enquanto direito fundamental do ser humano.

Não se pode negar que a transformação da idéia de vigilância sanitária em proteção à saúde, enquanto imagem cristalizada, possível de ser compreendida e transmitida por estas pessoas, tem como principalmente ponto de ancoragem o tema prevenção. Ao fazer menção à proteção da saúde, Almeida Filho (2000) distingue-a da prevenção, uma vez que a especificidade da proteção encontra-se na natureza e magnitude das defesas e não na intensidade dos riscos como a prevenção, podendo a proteção da saúde ser tanto individual quanto coletiva. A prevenção é uma das ações de proteção à saúde. Os trabalhadores da VISAPAF, em sua maioria, falam de prevenção de forma muito vinculada a controle, no sentido de evitar (prevenir) a entrada de doenças estabelecendo uma ligação com a idéia de barreira sanitária/polícia sanitária, aquela que protege contra algo ruim - a doença, e mais, a doença de outro país.

*Vigilância sanitária, pelo que vejo no tempo que estou aqui, é a **prevenção** para que não entrem doenças é [silêncio] **proteção** [pausa] que exista [ficou formulando uma explicação] como vou explica? Em primeiro lugar é a **promoção** da saúde da população e também **evitar, controlar** para que não haja [faltou palavras] para que não venham de outros países, outras localidades doenças para serem disseminadas para a população (Entrevista B2).*

A perspectiva da saúde como ausência-de-doença (BOORSE, 1977) não dá conta dos processos e fenômenos referidos à vida, saúde, doença, sofrimento e morte. Do mesmo modo que o todo é sempre mais que a soma das partes, a saúde é muito mais do que a ausência ou o inverso da doença. Trata-se de um interessante e crucial problema de lógica, a ser resolvido pela superação da antinomia entre saúde e doença herdada do modelo biomédico tradicional. No discurso dos trabalhadores emerge uma desconexão entre as ações da VISAPAF com as ações de atenção à saúde, comprometendo uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade¹⁸. Mattos (2001, p. 57) ao analisar o conceito de integralidade, diz que esta “emerge como princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracteriza pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de

¹⁸ A partir das diretrizes do SUS a integralidade como conceito abrangente, instiga a organização de novos serviços de saúde, e na revisão das práticas sanitárias e seus processos de trabalho: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art. 198).

apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional”. Especificamente, quanto à Vigilância Sanitária, alguns autores vêm ampliando o debate e a compreensão de que a efetividade das ações requer mudanças no modelo de atenção à saúde como um todo e também no modelo de atenção em vigilância (LUCCHESI, 2001; COSTA, 1999). Esses autores enfatizam que o primeiro, centrado no atendimento à doença, desconsidera os riscos, inclusive dos próprios serviços de saúde e das tecnologias neles utilizadas. O segundo, assoberbado em dar respostas à demanda espontânea oriunda do segmento produtivo, e em responder às crises motivadas por eventos graves, não conseguiu estruturar um modelo de organização pautado numa “inteligência sanitária” que se articule, permanentemente, por um lado, com as necessidades de saúde da população e do ambiente, e por outro, com as demandas e questões que emergem do “mercado”. Complementa-se que as ações da VISAPAF desenvolvem-se num espaço em que as articulações para o cuidado da saúde devem extrapolar as fronteiras geográficas ampliando os limites da territorialidade. Nas áreas de portos, aeroportos e fronteiras os limites do território brasileiro são estendidos para os diversos países o que demanda um olhar diferenciado para a efetividade das ações de proteção à saúde.

A noção de saúde atrelada à vigilância sanitária ganhou destaque a partir de 1954 quando se deu a regulamentação da Lei nº. 2.312, pela ênfase à expressão defesa e proteção que permaneceu como discurso na área da saúde por alguns anos e com a promulgação do Código Nacional de Saúde em 1961, de acordo com Costa (2004, p. 402):

Entrou definitivamente no discurso sanitário, sendo daí em diante frequentemente usada, assim como as expressões correlatas-defesa e proteção da saúde individual e, ou coletiva; proteção da saúde; proteção da saúde pública-sem dúvida. No contexto da defesa e proteção do país sob a doutrina da segurança nacional, várias Normas Técnicas do Código Nacional de Saúde, aprovadas em Decretos dos governos militares, são referidas como normas de defesa e proteção da saúde relativas a alimentos, saneantes [...]. As Normas Técnicas Especiais concernentes à saúde internacional usam a expressão defesa sanitária internacional, tradicionalmente empregada para as ações de controle em áreas de fronteiras, como consta do Código Sanitário de 1923, nitidamente por analogia ao discurso militar (COSTA, 2004, p. 402).

Ao se estudar as representações sociais deve-se considerar que as mesmas são historicamente construídas (FRANCO, 2004). Por isso, torna-se importante ponderar o contexto em que a saúde começou a entrar no discurso das pessoas, vinculada à vigilância sanitária. A herança do regime militar pode dar significado à concretização da imagem de proteção à saúde pelos trabalhadores da VISAPAF. Essa herança atrelada à idéia de defesa sanitária e a de saúde, enquanto ausência doença, ainda alimenta os discursos atuais como se

percebe na análise de Czeresnia (1999), ao mencionar que proteção da saúde compreende ações específicas de caráter defensivo, com a finalidade de proteger indivíduos ou grupos contra doenças ou agravos.

Por outro lado, percebe-se a expressão promoção da saúde circulando ainda timidamente entre os trabalhadores de VISAPAF. Isto pode estar acenando a possibilidade de transformação do que hoje está mantido na noção de saúde e que sustenta o fazer em vigilância sanitária, conforme mencionado anteriormente. Contemporaneamente, o conceito de promoção da saúde, conforme indica Buss (2000), está pautado em estratégias mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente. Sendo assim, a promoção à saúde é compreendida num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde. Este conceito vem sendo elaborado por diferentes atores técnicos e sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais, ao longo das duas últimas décadas (BUSS, 2000, 2005). Suas bases conceituais e políticas se estabeleceram nas Conferências Internacionais que discutiram este tema, realizadas nos últimos 12 anos - em Ottawa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986), Adelaide (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1988), Sundsvall (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1991) e Jacarta (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997). Na América Latina, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1992), trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional.

Na vigilância sanitária, a noção de promoção da saúde como orientadora das práticas começou a ganhar destaque com a criação da ANVISA, em 1999¹⁹. A promoção da saúde interligada a proposta de proteção, na análise de Nunes (2004), foi uma tentativa da Agência de superar o caráter policialesco das ações de vigilância sanitária, que se construiu ao longo dos anos e partir na direção de estabelecer novos conceitos que fundamentem às práticas. Além disto, acredita-se que a introdução do conceito promoção na vigilância sanitária configura-se numa possibilidade de mudança do que é representado na imagem de proteção da saúde pelos trabalhadores da VISAPAF. Também, surge como uma perspectiva de se diminuir a dependência da saúde à idéia de simplesmente evitar doença.

De acordo com Buss (2000), quando se trabalha com o conceito de promoção, a saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um

¹⁹ Missão da Anvisa: "Proteger e promover a saúde da população garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção de seu acesso" (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006a).

estado dinâmico socialmente produzido. “Nesse marco, a intervenção visa não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida” (BUSS, 2000, p.70). Mesmo com qualidade distinta, as proposições de sanitaristas do século XIX, como Villermé, na França, Chadwick, na Inglaterra e Virchow e Neumann, na Alemanha, resgatam o conceito de promoção da saúde. Isto porque acreditavam que as causas das epidemias eram tanto sociais e econômicas como físicas, e os remédios para as mesmas eram prosperidade, educação e liberdade (TERRIS, 1992). Em torno da promoção da saúde, parece haver ainda uma teorização idealizada que reflete a mensagem repassada pelo universo reificado, ou seja, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, porém ainda não familiar aos trabalhadores. Este é um movimento natural de acordo com Moscovici (2003), na construção de um conhecimento comum aos sujeitos. A não familiaridade dos trabalhadores com o significado do termo promoção da saúde pode ter sido indicada no teste de evocação de palavras, uma vez que não foi evocado em associação ao estímulo indutor vigilância sanitária.

A idéia de Almeida filho (2000) sobre promoção da saúde traz uma perspectiva sobre o tema que reforça sua importância para a evolução das práticas de vigilância sanitária. Para este autor, incluem-se na promoção da saúde ações de fomento da capacidade dos seres e dos ambientes reforçando positivamente os valores de promoção da vida, sem um sentido de defesa e sim afirmativo da saúde. O conceito restrito de promoção da saúde refere-se à ação difusa, sem alvo determinado contra um agravo ou risco específico, buscando a melhoria global no estado de bem-estar ou qualidade de vida dos indivíduos ou comunidade. Como um todo, pensar-se num campo geral de promoção da saúde contendo a proteção da saúde, juntamente com uma definição restrita de promoção da saúde, implica que todo o repertório social de ações preventivas dos riscos e doenças, protetoras e fomentadoras da saúde, de certo modo contribuem para a redução do sofrimento causado por problemas de saúde na comunidade.

Outro elemento importante na organização do tema proteção da saúde como representação sobre vigilância sanitária, enquanto ponto de ancoragem que dá suporte à cristalização do mesmo, é a idéia de higiene. Embora tenha aparecido somente duas vezes no teste de associação de palavras como segunda e terceira evocação, apresentou-se muito forte nas entrevistas, principalmente quando se solicitava ao participante que descrevesse uma ação realizada no dia-a-dia de seu trabalho.

A gente fiscaliza desde o lixo que é retirado, a limpeza que é feita dentro da aeronave [...] e a gente está colaborando para que se preserve a saúde do país. A função de higiene das aeronaves, é uma coisa importante, embora seja difícil avaliar o risco de imediato de

qual doença o indivíduo poderia contrair ou não em função de uma aeronave não estar devidamente higienizada. Não só pelo fato de que ele não vai adquirir uma doença, mas como cidadão eu acho que ele tem direito de circular dentro de um meio de transporte que esteja minimamente limpo. Por que eu acho, assim [pausa] antes de ser médico já sabia que o princípio de tudo era a higiene, tendo higiene já é o começo de tudo (Entrevista A6).

Verificamos [breve pausa] a higiene do pessoal que trabalha no preparo dos alimentos, se eles têm algum corte nas mãos, eu sempre observo se está limpo (Entrevista B3).

O que preocupa é que durante uma inspeção sanitária sempre tem um lixinho ou outro, não há muito cuidado com a limpeza, aí a gente tem que agir (Entrevista B4).

Verificamos as condições higiênico-sanitária [...] (Entrevista C3).

Para os trabalhadores da VISAPAF a higiene é parte importante das condições sanitárias exigidas dos meios de transporte (embarcações, aeronaves, ônibus, caminhões e veículos de passeio), das áreas portuárias, aeroportuárias, de fronteira terrestre e dos recintos alfandegados, os quais se configuram como objetos da ação da VISAPAF. O entendimento de higiene desvelado nas entrevistas apresenta-se intimamente ligado à noção de limpeza-asseio. Costa (2004) menciona que a higiene atrelada à vigilância sanitária surgiu nos regulamentos de 1923 e de 1931 como parte da higiene do trabalho a que todos os estabelecimentos industriais deviam obedecer. Ao se buscar as posições de Rosen (1994), verifica-se a origem da vigilância ligada à limpeza, enquanto limpeza espiritual que se estendia à física.

No decorrer de longos períodos da história, crenças e práticas religiosas avizinham limpeza e religiosidade. As pessoas se mantinham limpas para se apresentarem puras aos olhos dos deuses, e não por razões higiênicas (ROSEN, 1994, p.32).

De acordo com o autor, os egípcios, os mesopotâmios e os hebreus, entre outros povos, davam valor a esses hábitos. Para exemplificar, menciona a festa quéchua “que demonstra a conexão entre limpeza e religião, onde o povo liderado pelo inca, realizava a cerimônia da saúde, quando além das orações e oferendas aos deuses, limpavam-se todos os lares” (ROSEN, 1994, p.32). Enquanto construção histórica, a memória do conceito de higiene organiza e faz emergir o tema proteção da saúde como representação sobre vigilância sanitária para os trabalhadores. Além de subsidiar as ações de vigilância sanitária, já mencionadas, referentes aos meios de transporte e outros objetos de vigilância, a noção de higiene é predominantemente vinculada às ações de controle sanitário de alimentos. Ou seja, aos locais de preparo de alimentos, pessoas que participam do preparo destes alimentos, meios

de transporte que abastecem com alimentos as aeronaves e os estabelecimentos comerciais instalados nas áreas de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados. Embora a higiene se ampare na idéia de limpeza e asseio, parece não estar relacionada somente com a presença ou ausência de sujidades ou de fatores que viabilizem condições para que a falta de limpeza torne-se visível, como paredes com reentrâncias, falta de manutenção em sanitários acarretando em não funcionamento do sistema hidro-sanitário, entre outros. A higiene ganha significado mais amplo, sendo relacionada a qualquer situação que possa induzir a uma condição de risco sanitário que resultaria em dano à saúde pública.

5.2 Identidade Profissional

Esta categoria desdobrou-se em dois eixos, constituindo as subcategorias: profissionalismo e desvalorização profissional.

5.2.1 Profissionalismo

Os trabalhadores da VISAPAF ao falarem de si e da vigilância sanitária dão destaque à construção de um saber e de um fazer que foi sendo elaborado no cotidiano de trabalho, pois não tinham conhecimento da dimensão deste campo de atuação. É conferido destaque ao fato de que os objetos da vigilância, hoje conhecidos, foram sendo identificados aos poucos e, a partir deste reconhecimento, era preciso definir a ação de vigilância a ser desencadeada para minimizar o risco que estes objetos poderiam oferecer à população. A concepção de uma profissão definida na prática é trazida, neste estudo, pelo conjunto de trabalhadores como uma organização dos seus modos de ver (apreender) o objeto de trabalho e os instrumentos necessários para a realização das ações de vigilância sanitária. No que é relativo ao “como” da intervenção da vigilância, tanto no âmbito social quanto individual, salienta-se a importância dada a aptidões pessoais, quase uma vocação, onde falam de paixão e de escolha existencial, ou então insistem na necessidade de possuírem mais capacitação técnica, o que constitui a base de um profissionalismo (DE PAOLIS, 1986).

Nesta construção, existe uma associação da vigilância sanitária à categoria temática profissionalismo que se configura como a cristalização da representação social sobre o objeto, onde se encontra a materialização do que era abstrato aos sujeitos, ou seja, através do pensamento e da fala dos trabalhadores da VISAPAF, ancorado em elementos da realidade dos mesmos. Conforme Moscovici (2003, p. 71) “este processo de objetivação, fundamenta-se na arte de transformar uma representação na realidade da representação, transformando a palavra que substitui a coisa, na coisa que substitui a palavra”. A representação sobre vigilância sanitária apresenta-se, a partir da análise das entrevistas, ancorada em elementos relacionados à responsabilidade, segurança, conhecimento e trabalho. Estes possibilitam aos sujeitos compreender e transmitir a imagem de profissionalismo, permitindo que ocorram adaptações da representação às mudanças de contexto da vigilância sanitária e a tomada de posições diante de uma dada situação. É importante destacar que, ao se analisar o conteúdo das entrevistas, os termos responsabilidade, trabalho, segurança e conhecimento evocados no teste de associação de palavras ganharam sentido, reforçando as idéias e sentimentos que se organizam em imagem ou conceito de profissionalismo. Assim, aborda-se na seqüência como cada um dos temas que se configuram como ancoragem relaciona-se com o objeto e os sujeitos do estudo para a elaboração da representação sobre vigilância sanitária.

Como conseqüência da evolução histórica e social da profissão de vigilância sanitária, destacando-se aqui a área específica de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados, campo de atuação dos sujeitos da pesquisa, vê-se um aumento do espaço profissional para os trabalhadores da VISAPAF. Embora esta evolução seja sinalizada como real, a partir das entrevistas, também é real para os sujeitos que politicamente a vigilância sanitária ainda encontra-se frágil. Este sentimento de contraposição entre aumento de espaço profissional e fragilidade política, cria uma tensão, uma crise não muito clara aos sujeitos, onde a responsabilidade pode estar sugerindo uma cobrança entre os trabalhadores de assumirem seu espaço enquanto profissionais. Ou seja, de mobilização junto a ANVISA por uma política para a vigilância sanitária de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados, uma vez que há a percepção de que na própria Instituição a VISAPAF ainda constitui-se numa área pouco reconhecida. Além disto, os conteúdos, idéias e sentimentos em torno da responsabilidade acenam para o desafio de tornar os saberes e fazeres desta profissão, construídos no cotidiano, reconhecidos como ciência, o que conseqüentemente levaria ao reconhecimento da própria vigilância sanitária como ciência. Assim, haveria um favorecimento para a sedimentação da identidade profissional tanto junto a ANVISA como junto à população.

De acordo com Dallari (1995), o termo responsabilidade é originário da moral e concentra-se na conduta do indivíduo capaz de determinação, examinando assim apenas uma das variáveis envolvidas, o direito contemporâneo. Nesse sentido mais amplo, interessa-se pelas relações entre diversos sujeitos, devendo ser expressão do conjunto. A noção de responsabilidade na VISAPAF permeia o compromisso em assegurar a qualidade de produtos importados, ofertados a população, que parece ser a área de atuação de maior importância dentre as demais para os trabalhadores, e adotar medidas que minimize o risco de introdução de doenças no País, conforme explicitado na fala:

Vigilância sanitária está relacionada antes de mais nada com o comprometimento com a saúde, com a manutenção da saúde, evitando que entrem no país contaminantes através de viajantes, produtos, alimentos, etc. (Entrevistado A1).

Para Costa (2004), a noção de responsabilidade se estende aos danos à saúde que possam ocorrer em consequência de uma falha neste processo de vigilância, de comprometimento com a população. Portanto, a pertinência está relacionada à complexidade e implicações ético-jurídicas da natureza dos danos que ameaçam a saúde e a vida. Desta forma, responsabilidade constitui-se em aspecto angular na administração dos objetos de vigilância sanitária, vinculando-se à responsabilização. Há, no discurso dos trabalhadores, a responsabilidade pela vida, saúde, doença e morte das pessoas, a partir de sua intervenção sobre os objetos sujeitos às ações da vigilância sanitária. Assim, a responsabilidade também se entrelaça com a culpa diante da possibilidade de haver falhas no processo de cuidar. Este cuidar expresso como vigilância emerge como atitude de envolvimento afetivo, de zelo com a vida da população. Boff (2000, p. 34) refletindo sobre o cuidado diz que “cuidar é mais do que um ato, é uma atitude [...]. Atitude de preocupação, ocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. Diante desta exposição, acenam-se possíveis interpretações de como o elemento responsabilidade pode estar dando sustentação à imagem de profissionalismo e, assim, conferindo sentido à representação sobre vigilância sanitária. Pois, esta noção de responsabilidade apresenta-se como ancoragem da representação, atuando numa rede de significados, jogando e intercambiando, de forma comunicativa, valores intrínsecos e extrínsecos do indivíduo, trabalhando com o contraditório, na tentativa de lidar com os conflitos que possam ser gerados neste movimento.

No momento contemporâneo, se está diante de um desenvolvimento inacreditável. Em poucos segundos, fica-se sabendo de algo que ocorre do outro lado do mundo e esta rede interligada de mundos é o campo de trabalho da VISAPAF. De acordo com os trabalhadores

de PAF, trata-se de um espaço onde os objetos de trabalho precisam ser tratados com enfoque um pouco diferenciado da forma como são pensados nos Estados e Municípios. Entretanto, reconhecem que todas as instâncias da vigilância sanitária: federal, estadual e municipal, integram o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e têm a mesma finalidade, ou seja, cuidar da saúde da população. O que se abstrai das entrevistas é a percepção de um trabalho que precisa levar em consideração a área específica de atuação em portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados e os acordos e tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário. Isto tudo para uma efetiva ação de VISAPAF, conforme pode ser constatado na seguinte fala:

Nosso trabalho é diferente do Estado e do Município. A gente segue a orientação do Regulamento Sanitário Internacional. Quando estamos dentro de uma embarcação, estamos num espaço intermediário, se pensarmos [houve uma pausa reflexiva] entre aqui [breve pausa] é, entre o nosso país e um outro qualquer (Entrevistado B5).

O trabalho apresenta-se relacionado à necessidade de melhor especificação dos objetos de vigilância, e parece estar em associação direta com a idéia de responsabilidade. Isto por se entender que os trabalhadores estão num movimento, mesmo que inconsciente, de construir e marcar seu espaço de atuação a partir do que há de específico na profissão e que diferencia o trabalho da VISAPAF das ações de vigilância sanitária fora das áreas de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados, construindo uma identidade. Santos (1998, p. 152-153) analisa que:

ter uma identidade é, ao mesmo tempo, ser alguém único, com características idiossincráticas e ser alguém igual aos outros no sentido de compartilhar com o grupo significados comuns [...]. A identidade, portanto, se forma no jogo das relações sociais na medida em que o sujeito se apropria das regras, valores, normas e formas de pensar de sua cultura.

Os trabalhadores da VISAPAF, ao falarem das ações realizadas no dia-a-dia de trabalho, referem uma atividade complexa, pela diversidade dos objetos e a necessidade de recorrerem a várias áreas do conhecimento. Com relação aos objetos, foram mencionados: meios de transportes, como aeronaves, embarcações e ônibus, viajantes, infra-estrutura dos portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados, controle de vetores, anuência e controle sanitário de produtos, autorização de funcionamento de empresas prestadoras de serviços, entre outros. Embora todos os trabalhadores tenham que exercer as mesmas funções, ou seja, realizar as atividades de vigilância sanitária para todos os objetos relacionados, foram aos poucos, por movimento próprio no universo consensual, organizando-se por equipes técnicas onde uns cuidam somente de produtos, outros de infra-estrutura, e assim por diante:

Temos um universo bárbaro e não estou preparado assim para tudo que tem dentro da vigilância sanitária [...] eu procuro fazer o máximo possível. Aos poucos tu vais aumentando o que tu abraças de responsabilidade. Vivendo e aprendendo [...]. Agora na área que eu atuo importação, em compensação, eu acho que dou conta bem (Entrevista A1).

Um complementa o trabalho do outro. Jamais alguém vai saber tudo. Até tu podes saber, mas é pouco, porque é muito complexo e é muito séria a coisa. Não pode misturar muito para não ter confusão. Acho que por isso é que de repente se dividiu o trabalho. Têm gente que só faz aeronave, outros só vetores [...] (Entrevista B11).

A divisão do trabalho, referida nas entrevistas, pode ser entendida como sinônimo de segurança para os trabalhadores, pois ao atuarem somente com um grupo de objetos, conseqüentemente, há uma restrição da complexidade das ações diminuindo as chances de falhas no processo e, portanto dos danos à população. Sinaliza-se, então, o significado especial do trabalho, ao integrá-lo com responsabilidade, indicando o movimento dos trabalhadores no sentido de organização das atividades, de forma a atenderem a diversidade e complexidade dos objetos que têm interface com a vigilância sanitária.

Com isso, busca-se a palavra seriedade evocada no teste de associação de palavras como primeira evocação e que ganha sentido quando interligada a palavra responsabilidade. Isto porque a palavra seriedade parece se revelar como orientadora de um comportamento pessoal e profissionalmente comprometido com o trabalho da vigilância sanitária e com a população, prescrevendo o modo de agir desses profissionais. Para Gomes e Oliveira (2005) o comportamento se organiza no cotidiano de trabalho e vai estruturando os requisitos que sustentam um perfil profissional.

Outro ponto a considerar no significado do trabalho, diz respeito à ênfase dada às aptidões pessoais. O fazer se vincula a uma questão de paixão expressada conforme os depoimentos:

Eu faço mais porque eu gosto muito da área da vigilância sanitária, eu me apaixonei. Quem trabalha nesta área tem que gostar. Se doar (Entrevista B2).

Nosso trabalho, é um trabalho de saúde pública, é minha grande paixão. Eu faço porque gosto (Entrevista B1).

Se buscarmos a história da vigilância sanitária, verifica-se que vários autores (Rosenfeld, 2000; Costa, 2004; Bueno, 2005) fazem referência a uma dificuldade de separá-la da história da saúde pública, por se constituir uma das primeiras ações no campo da saúde, de

caráter coletivo. Para Cunha (2005), o trabalho de saúde pública adquiriu um caráter missionário para os profissionais sanitaristas, avançando além de uma questão profissional e constituindo-se como uma tarefa especial que adquiriu o sentido de uma verdadeira missão. Ser sanitarista, nesse contexto, não significava apenas executar ações técnicas, mas, sobretudo participar do grande projeto civilizador que se realizou no Brasil no período dos anos 30. “A idéia de vocação adquiriu o sentido de um verdadeiro dom, como uma dádiva à qual eles deveriam retribuir com a sua ação enquanto sanitaristas. Era um ofício, uma paixão pela saúde pública” (CUNHA, 2005, p.113).

É das experiências e memórias comuns que nós extraímos conceitos que servem para subsidiar elementos de ancoragem responsáveis pelos movimentos de mudança e permanência das representações (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2003). Assim, as buscas de explicações, para a forma como os sujeitos sentem e expressam o trabalho da vigilância, nas idéias extraídas da memória da construção histórica da saúde pública são vistas como fundamentais, uma vez que:

[...] a ancoragem e a objetivação são, pois, maneiras de lidar com a memória. A primeira mantém a memória em movimento e a memória é dirigida para dentro, está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos para fazer uma classificação. A segunda sendo mais ou menos direcionada para fora (para os outros) tira daí conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido (MEAD, 1934, p. 38).

Além do olhar para a história da saúde pública, é importante também considerar a experiência do trabalho elaborado no cotidiano e as relações afetivas que emergiram neste processo, misturando os caminhos de construção da identidade profissional com os do objeto de estudo. Esta idéia apresenta uma relação muito sólida, inseparável entre os trabalhadores da VISAPAF e a própria vigilância sanitária manifestada num sentimento de paixão pela atividade. Porém, a paixão revelada na fala dos sujeitos parece estar explicitando um anseio contrário, pois, ao fazerem referência de que atuam na vigilância sanitária porque gostam, também deixam nas entrelinhas que, se não gostassem enquanto prática existencial, não se disponibilizariam a fazer este trabalho. Existe uma labilidade de sentimentos que embora não consciente, hora se apresentam como positivos e hora como negativos, uma vez que a paixão pode estar sinalizando anseios contraditórios.

No processo de construção de uma identidade profissional, uma das dificuldades verbalizadas diz respeito à formação profissional. Porém, os trabalhadores enfatizam que esta dificuldade não se relaciona à composição da equipe de profissionais considerando-se as diferentes áreas de formação que dá à equipe um caráter multiprofissional, mas sim pelo fato

de não haver uma formação específica para a atuação na vigilância sanitária. Supostamente, estariam afastando a atenção da problemática dos indivíduos que compõem a equipe, transferindo para chefias, porém não às imediatas, mas para os dirigentes sediados em Brasília. No discurso, há manifestações implícitas e explícitas de um aprendizado que leva os trabalhadores a se colocarem na condição de expectadores que aguardam as determinações do universo reificado.

A capacitação foi apreendida nas entrevistas como prioridade para os trabalhadores. Porém, eles manifestaram que os cursos disponibilizados até o momento não deram conta de atender as necessidades básicas para o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária. Depreende-se do discurso que as capacitações devem seguir uma metodologia que respeite as diferenças de escolaridade dos trabalhadores, bem como as diferenças existentes entre as regiões do País. Ao mesmo tempo vinculam a eficácia das capacitações ao respeito às diferenças regionais, solicitam a padronização das ações. Isto acena para uma aceitação das normatizações institucionais.

Em meio aos entendimentos sobre uma capacitação eficaz, que possibilite a construção de um conhecimento de VISAPAF, há uma reivindicação para que sejam criados mecanismos facilitadores de uma maior integração entre os trabalhadores dos diferentes Estados do País e aqueles que realizam suas ações em cargos de chefia. O sentimento de solidão, na construção de um caminho, que deveria ser discutido pela totalidade de trabalhadores da VISAPAF, contribui para a não sedimentação de um saber específico. Esta luta, percebida como solitária é entendida pelos trabalhadores como um entrave para autonomia profissional, sugerindo uma das dificuldades para o estabelecimento de uma identidade profissional. A ampliação dos canais de comunicação entre os serviços de vigilância sanitária é apreendida como uma ferramenta importante para uma maior integração e, conseqüentemente, para o processo de construção de um conhecimento específico da VISAPAF.

Ressalta-se que, embora os sujeitos se coloquem em diferentes momentos como expectadores de decisões do universo reificado, em outros momentos apresentam-se como orientadores dos movimentos necessários para mudanças. São claras suas posições de detentores de um conhecimento fundamental para as transformações da vigilância, conhecimento esse construído no cotidiano, considerando-se o contexto social e os sentimentos imbricados nesta elaboração. Há um reconhecimento de que assumiram um papel importante no processo de construção da vigilância, conforme se verifica na fala:

Tivemos melhorias, lutas [interrupção na fala] acho que ainda estamos no meio do processo. Quanto ao preparo, à instituição oferece muito

pouco [silêncio] precisamos de capacitação. Antes mencionei que cresci muito, pois a ANVISA tem uma estruturação recente, nasceu com os servidores do Ministério da Saúde e demais servidores de outros órgãos que foram extintos com a Lei Orgânica de Saúde. Crescemos todos, porque aprendemos no dia-a-dia, enfrentando situações novas e sem preparo. A estruturação dos postos sem infraestrutura e sem recursos humanos foi e é nossa maior fragilidade. Apesar da situação, nosso trabalho cresceu e ganhamos o respeito dos demais órgãos que atuam conosco. Somos todos desbravadores e heróis, acredito (Entrevista C1).

O conhecimento parece estar significando, também, a necessidade de conhecimento científico para somar ao empírico elaborado no universo consensual. A junção destes dois conhecimentos traria um aperfeiçoamento profissional e conseqüentemente um comportamento no cotidiano que consideram necessário para o desenvolvimento da profissão. Assim, seria mais fácil a demarcação de um espaço profissional possível de ser visualizado pela sociedade como característico desses profissionais. Há uma busca por um saber específico da VISAPAF. Por outro lado, estes trabalhadores deparam-se com a chegada à ANVISA de outra geração de profissionais composta por pessoas na maioria jovens, todos com nível superior, muitos com titulação de mestres e até mesmo doutores. Desta forma, a solicitação de uma atuação respaldada no conhecimento científico, pode ser interpretada como a necessidade de uma ferramenta a mais que permita a respeitabilidade mútua entre estes profissionais.

O tema conhecimento está em vinculação direta com o tema segurança, reforçando a importância do saber formal para estes trabalhadores como afirmação da profissão e autoconfiança para o desempenho das ações de VISAPAF. Significa contar com um respaldo técnico-científico que minimize as inseguranças diante da complexidade dos objetos. O tema segurança também se relaciona com responsabilidade, uma vez que há o reconhecimento da implicação dos danos que os objetos da VISAPAF podem causar à população. Para Nunes (2004), a responsabilidade que os trabalhadores da vigilância sanitária têm pela segurança da saúde e da vida das pessoas, por si só justificaria o compromisso e a exigência de maior capacitação para o exercício das atividades.

5.1.2 Desvalorização Profissional

A desvalorização da vigilância sanitária é compreendida pelos sujeitos do estudo em consonância muito forte com a desvalorização profissional, emergindo nas falas como algo negativo. É marcante a consolidação de uma visão de contínuo descaso do poder público para com a vigilância sanitária e com as pessoas que realizam as ações desse campo de atuação, ancorando-se em elementos como: exclusão, baixa remuneração salarial e insegurança profissional. No teste de associação de palavras destacam-se as expressões: pouco caso e baixos salários, por apresentarem-se como primeira evocação e serem relacionadas como as mais importantes, conforme quadro 2. Além destes, foram evocados outros que não ganharam destaque pela frequência, ordem de aparecimento e atribuição de importância, mas podem ser significativos se relacionados à categoria desvalorização profissional, que são: exclusão, indefinição, decepção, desconhecimento, desorientação, preocupação, aposentadoria, carreira e desorganização.

Parece haver um sentimento entre os trabalhadores de que nada, nunca, pudesse ser bom ou relativamente bom, gerando uma atmosfera pouco receptiva a inovações, mesmo que interessantes e percebidas pelos sujeitos como necessárias. Mensagens que anunciam a existência de um desânimo generalizado indicam e trazem à tona a idéia de exclusão, uma vez que fica implícito a não inclusão dos trabalhadores nos planos da ANVISA. A mágoa emerge no discurso, haja vista a menção dos sujeitos de terem sido deixados de lado depois de tanto trabalho para a organização e estruturação desta área. Garibotti *et. al.* (2006, p. 1044), analisando a valorização dos profissionais que atuam na saúde pública, menciona que “estes trabalhadores da área da saúde ora são apontados como potenciais sujeitos de mudança e reformulação das práticas e ora como um fardo, um problema, a ser resolvido[...]”, o que pode ser visualizado na fala:

Com a nossa ajuda é que a vigilância começou a aparecer. Não tínhamos nada, nem telefone, aliás, interessantíssimo, por isto que eu falo do salário, é tudo um conjunto. Claro que existe também um problema assim, de repente a gente não ocupa o espaço da gente, mas teria de ter um estímulo. Com o tempo fomos crescendo. Ah, tem que fazer mais esta coisa, aquela atividade, depois teve a criação da ANVISA que eu acho foi cometida uma grande injustiça, bem grande, que foi a não inclusão dos antigos servidores no novo quadro da ANVISA com os respectivos salários (Entrevista 6).

Não ocupar espaço pode estar indicando a imobilização ou sentimento de impotência diante da problemática trazida, denunciando um pensar ainda confuso sobre as mudanças que ocorreram com a criação da ANVISA e revelando um possível entendimento para a palavra desorganização que emergiu no teste de evocação de palavras. A expressão “antigos” expressa

a forma como se auto-nominaram os trabalhadores que já realizavam as ações de vigilância sanitária antes da inauguração da ANVISA. O fato de adotar a definição de “antigos”, revela a existência do novo, representado pelos profissionais que estão entrando na ANVISA, através de concurso público. A reação de se sentirem injustiçados dá significado ao tema exclusão, pois havia uma expectativa de consolidação e reconhecimento da profissão de vigilância sanitária com a criação da Agência. Porém, no ano de 2004, através da Lei 10.882 que dispõem sobre o plano especial de cargos da ANVISA, estes trabalhadores foram enquadrados como servidores, mas não na carreira da Agência e sim como quadro especial (BRASIL, 2004). Acena-se aqui para o que poderia estar indicando as palavras decepção e pouco caso evocadas pelos trabalhadores. Em torno deste dilema vivenciado pelos trabalhadores, pode-se buscar os motivos para o conflito instalado entre “novos” e “antigos”, abstraído das entrevistas, e que remete ao tema insegurança profissional que parece estar intimamente relacionado com as idéias de exclusão e de preocupação com relação ao futuro enquanto profissionais dentro da ANVISA.

Dessa forma, parece ser igualmente importante para justificar a instalação do conflito mencionado anteriormente, a falta de definição de uma identidade que recai no questionamento: quem são estes profissionais? Embora os trabalhadores se reconheçam como profissionais da ANVISA, eles continuam sem saber dizer quem são. Seriam fiscais? Não, pois nunca houve uma carreira de fiscal na história da vigilância sanitária; seriam autoridade sanitária? Seriam no sentido de que desempenham a ação de controle sanitário; o que significa serem reconhecidos nos discursos da instituição como antigos? Seriam o quê?

Para Spink (1993, p. 38), “as representações sociais enquanto formas de conhecimento prático, são elaboradas a partir de algumas funções, entre elas a função afetiva que é percebida principalmente na proteção e legitimação de identidades” o que remete ao entendimento da desorganização de sentimentos de amor e repulsa que se expressa nos discursos dos sujeitos.

Outro tópico relevante que aparece relacionado à categoria de desvalorização profissional diz respeito à condição de exclusão dos processos de construção da vigilância sanitária, assumida pelos trabalhadores. Pontua-se aqui uma contradição, pois estes também se reconhecem como responsáveis pela organização do saber/fazer que deu sustentação as ações da VISAPAF. Porém, sentirem-se excluídos indica uma convicção de que as decisões ocorrem de cima para baixo, sem que os mesmos possam interferir. Talvez, esta posição assumida pelos trabalhadores de constituídos pelo universo reificado explique a permanência da imagem de desvalorização profissional, que se sobrepõe à percepção de serem

constituintes. Por outro lado, esse raciocínio pode estar influenciando os sujeitos a uma acomodação, imobilizando-os para a luta por espaço profissional junto à Agência. Isto explicaria a palavra aposentadoria evocada pelos sujeitos, uma vez que muitos trabalhadores acenam com a possibilidade de desistirem da vigilância, recorrendo à aposentadoria como única saída.

Alguns termos utilizados pelos trabalhadores para definirem suas posições trazem uma carga simbólica, impregnada de valores e sentimentos que reduzem os sujeitos a uma concepção simplista de executores. A auto-definição abstraída das entrevistas sobre as ações realizadas no dia-a-dia do trabalho, manifestada como “ação da ponta”, leva à interpretação de algo que acontece por si só, que desce pronto, até a ponta, e acontece sem que sejam necessárias maiores elaborações. Desta forma, assumem uma condição de cumpridores de tarefas e com um valor mínimo de importância por estarem na última posição hierárquica, pois a ponta ganha uma conotação inferior. Esta impressão, frequentemente construída no universo consensual, é analisada por Moscovici (1990) na obra “a máquina de fazer deuses”. O autor refere que, na maioria das vezes, os indivíduos não têm consciência de sua posição de constituintes e dá ênfase a importância de estudos que possibilitem trazer para a visibilidade do indivíduo, produtor de representação, sua condição de constituinte e não somente constituído. O universo reificado, enquanto estrutura sólida exerce uma pressão sobre os indivíduos, imprimindo nos discursos conscientes que se estabelecem na micro-formalidade certa conviência com a idéia de que tudo vem “de cima” como um dado “dado”, como se nada pudesse ser feito para reverter a situação (JODELET, 2001).

As tentativas de se fazerem escutar resultam na maioria das vezes em experiências negativas, pois, suas idéias e opiniões geralmente não são reconhecidas como importantes pelas chefias levando-os ao desânimo. Assim, instala-se o silêncio e o desconhecimento sobre em qual nível hierárquico suas sugestões são descartadas. Ou seja, se na chefia imediata, coordenação do Estado ou nas gerências em Brasília, uma vez que não recebem retorno. A mudança repentina a qual aspiram, parece estar a cargo de algum movimento externo ao ambiente desses sujeitos executores. Assim, mais uma vez, abandonam a condição de constituintes, gerando a sensação de estarem imbuídos da noção de aceitar e esperar passivamente as mudanças acontecerem, caso aconteçam. No discurso, há manifestações claras de um período pré e pós ANVISA, sendo que a criação da Agência configura-se num marco em que os trabalhadores deixaram de ser úteis. Estes param de se perceber como participantes dos processos de construção da vigilância sanitária. Rejeição e decepção são

sentimentos que emergem das falas quando se referem à Agência, imbuídos de uma idéia de exclusão, como foi expressado:

Há um pouco caso da instituição [ANVISA] com os antigos, parece que não somos mais úteis (Entrevista C2).

O destaque conferido aos “antigos” converge para um conflito de sentimentos que envolvem a ANVISA e os trabalhadores que ingressaram na Agência através do processo de seleção em 2004 para compor a quadro de pessoal da sede da Agência no Distrito Federal em Brasília²⁰. Sobressai das entrevistas um sentimento de que a ANVISA deslocou sua atenção para estes novos profissionais, percebendo-os como essenciais e necessários para que a Agência consiga alcançar seu objetivo e reconhecimento junto à sociedade, gerando uma dualidade entre “novos” e “antigos”. Essa discussão pode ganhar sentido, também, ao ser interligada ao tema desconhecimento, na medida em que os discursos dos sujeitos revelam uma importância atribuída aos trabalhadores concursados, por terem toda formação em curso superior e por disponibilizarem de uma ferramenta que consideram fundamental que é o conhecimento científico. Justifica-se a importância atribuída a este saber à necessidade de um aperfeiçoamento profissional que atenda as demandas do novo cenário da vigilância sanitária.

Eu acho que meu papel é empírico, precário ainda. Eu não acho que seja uma coisa assim aprofundada de conhecimento, e vejo que isso é fundamental, principalmente agora (Entrevista A4).

O conhecimento empírico é percebido como superficial e precário remetendo à desvalorização do próprio trabalhador, sendo agregado ao desconhecimento. Esta idéia, mais uma vez, reforça o movimento e influência do universo reificado sobre os grupos, uma vez que há uma desvalorização do saber construído na micro-formalidade, no universo consensual. De acordo com Moscovici (2003), o conhecimento não tem dono, ou seja, não é privilégio de grupos de iluminados cientistas, pois uma vez disseminado passa a fazer parte das conversas, das discussões de grupos específicos que o interpretam e o reconstróem. Este movimento impede que o conhecimento tenha autoria e que se despreze as construções elaborados no cotidiano dos indivíduos.

Sá (1998), ao falar sobre o conhecimento produzido nestes dois universos, refere que o universo reificado é definido como o conhecimento produzido com o rigor lógico, com a objetividade e com a metodologia característica do pensamento erudito e da ciência. Já, o universo consensual é explicitado pelas atividades intelectuais da interação social cotidiana,

²⁰ AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. As novas caras da Agência. **Boletim Informativo**. Brasília, DF, n. 53, p. 4-5, mar. 2005.

plena de afetividade. É nesse contexto que são formuladas as representações sociais. Nesse aspecto, cada indivíduo pode se apresentar como pesquisador amador ou como um observador curioso, manifestando suas opiniões, teorias e respostas para os desafios diários. Sendo assim, não existe conhecimento melhor ou pior.

Gomes e Oliveira (2005, p. 150), ao estudar a autonomia profissional em enfermagem, analisaram o conceito de conhecimento, explicitado na fala dos enfermeiros como fundamental, na mesma perspectiva, onde diz que o conhecimento científico além de ser considerado relevante pelos pesquisados para o aperfeiçoamento profissional, também “é visto como necessário para o desenvolvimento da profissão e para a conquista de espaço”. Verifica-se que ao mesmo tempo em que os trabalhadores da VISAPAF buscam um espaço profissional, temem pela perda do que já foi conquistado até o momento. O tema desconhecimento parece relacionar-se com o tema insegurança, pois os sujeitos reconhecem que precisam complementar o conhecimento empírico ao científico para que haja valorização profissional.

Os trabalhadores experimentam um momento de tensão, um sentimento de estarem perdendo o espaço conquistado. Este sentimento parece estar associado tanto à chegada dos novos trabalhadores da VISAPAF, como ao receio de que ocorra uma descentralização da gestão da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras para os Estados e Municípios. Possivelmente esta tensão esteja sendo gerada pelas lembranças e emoções que surgem em consequência de experiências já vividas e que são trazidas à memória como informação disponível para o enfrentamento destes conflitos, gerando insegurança quanto ao futuro profissional. Isto pode ser constatado na fala:

Parece que eu já vi este filme. De repente tudo se desmonta
(Entrevista B10).

Esta mesma percepção foi trazida no estudo de Cunha (2005) ao discorrer sobre a narrativa de profissionais de saúde pública. A autora refere que estes profissionais inserem nas falas a reconstrução do passado, buscando estabelecer conexões, articulando diferentes elos numa cadeia de significação. O retorno de uma imagem passada a uma situação atual configura-se num processo natural de busca de suporte para o enfrentamento do novo. Moscovici (2003), considera que as idéias e imagens com as quais nós compreendemos o que se apresenta de novo, apenas trazem-nos de volta ao que nós já conhecíamos e com o qual nós já estávamos familiarizados há tempo e que, por isso, nos dá uma impressão segura de algo já visto.

Tudo começa assim [...] agora estão dizendo que somos SUS e que temos que desconcentrar as ações [...] (Entrevista A3).

É como se houvesse um medo velado, mediado pela experiência vivenciada pela maioria dos trabalhadores quando da descentralização dos serviços de saúde, a partir das diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), quando se sentiram perdendo a identidade. Para eles, esta foi uma experiência negativa, ficando o SUS ligado a esta idéia, podendo ser este o motivo que os leva a não se acharem integrantes do SUS. Ao falarem do Sistema, falam como algo distante, como se fosse coisa dos Estados e dos Municípios, do qual não fazem parte enquanto trabalhadores da VISAPAF com vínculo empregatício federal.

A vigilância sanitária é extremamente importante, agora eu acho que ela não deve ser misturada, porque eu vejo que às vezes, parece, nos parece, que o governo central pensa em fazer da VISAPAF um outro SUS. Este sistema tem características diferentes, por exemplo, nós temos características diferentes, um trato que jamais poderia ser executado pelo pessoal do município [...], então nosso relacionamento é diferente, eu não vejo como fazer, juntar estes serviços (Entrevista B5).

A característica diferente citada pelo entrevistado pode estar sendo relacionada ao fato de realizarem ações dentro de uma área de jurisdição federal, onde dividem espaço com outras autoridades, também federais, não tendo o Estado e o Município competência legal para desenvolver atividades nestas áreas de fronteira do país localizadas em portos, aeroportos, fronteiras terrestre e recintos alfandegados (BRASIL, 1999). Além disso, referem que as implicações diretas dos objetos da vigilância sanitária com o mercado e conseqüentemente com a economia do país, exige que os trabalhadores tenham respaldo central para suas ações, pois entendem que nos Estados e Municípios os políticos são mais pressionados pelo setor regulado do local onde a ação está sendo realizada e isso, muitas vezes, compromete o resultado do trabalho.

Cabe salientar, ainda, a manifestação de um descompasso entre a valorização do trabalho realizado pela vigilância sanitária e as demais autoridades que atuam nas áreas de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados. Foi dito que profissionais da Receita Federal, Polícia Federal e Ministério da Agricultura, embora realizem ações no mesmo nível de importância e responsabilidade da vigilância sanitária, têm o reconhecimento de suas carreiras, tanto pelo governo quanto pela população.

O regulado, eu vejo na importação, por exemplo, ele primeiro trata com todos os outros órgãos, ele primeiro tem que ir à Receita Federal, e tem um medo [houve um destaque para este medo], um respeito ao fiscal da Receita, já com a gente ele vem no final, às vezes

chega na última hora e nunca está completo o processo de importação ou raramente está. A gente faz ele voltar [...] (Entrevista B5).

Eu não vou nem comparar os nossos conhecimentos, com os conhecimentos, por exemplo, da Polícia e Receita Federal, que são nossos colegas aqui, eu fico só comparando com o Ministério da Agricultura. Eles fazem o trabalho deles, tem a profissão deles, é um trabalho importante eu sei, mas eu não vejo no que o meu é menos importante [...]. Alguém pode me explicar por que quem faz vigilância sanitária animal e vegetal ganha mais do que aquele que faz vigilância sanitária humana?(Entrevista B8).

Eu estou em fim de carreira, a gente contribuiu com muita coisa, conseguimos melhorar uma área que ficava de lado. Que ninguém reconhecia. Mas e a gente? Porque nossa carreira não é valorizada? Por que nossos colegas da Receita, Polícia Federal ganham mais do que a gente? (Entrevista A4).

As experiências vividas e os caminhos descobertos para a construção de uma profissão estão inseridos nas narrativas dos trabalhadores da VISAPAF enquanto percurso de uma carreira profissional, onde, ao expressarem a palavra carreira, explicitam um sentimento de desvalorização deste percurso, sendo esta idéia utilizada para organizar a imagem de desvalorização profissional. Destaca-se que a maioria das entrevistas foram realizadas num momento em que os trabalhadores estavam envolvidos em um movimento de greve, que tinha como principais reivindicações a redistribuição de todos os trabalhadores que se encontravam em situação de cedência junto à Agência, correndo o risco de serem devolvidos aos seus órgãos de origem. Também, reivindicavam a equiparação salarial com os trabalhadores do quadro da ANVISA.

5.3 Polícia Sanitária: os elos entre o fazer normativo e a educação sanitária

Desde sua origem a vigilância sanitária foi conformando suas práticas em ações respaldadas em normas, assumindo um caráter julgador e punitivo (ROSEN, 1994; COSTA, 2004; SOUTO 2004; FERNANDES; FREITAS, 2005) o que leva muitas vezes a um distanciamento da sua imagem a uma prática de saúde. As memórias e experiências dos trabalhadores da VISAPAF, embora integrem a vigilância sanitária à idéia de saúde, ainda fornecem elementos vinculados à solidez da noção de polícia como poder repressivo. Na

análise de Moscovici (2003), esta estabilidade ocorre devido à dependência das representações à memória dos grupos, uma vez que “a solidez da memória impede que as representações sofram modificações súbitas, fornecendo-lhes certa dose de independência dos acontecimentos atuais” (MOSCOVICI, 2003, p. 78). Sendo assim, o enfoque de polícia dá aos sujeitos a familiaridade necessária para o entendimento da vigilância sanitária e exteriorização enquanto representação manifesta na prática.

Pereira Junior (2003, p. 29-30), ao mencionar um dos dois processos responsáveis por gerar uma representação social, diz que “o processo de objetivação transforma o que está na mente para o físico, tornando visível uma realidade, aliando-se a um conceito, a uma imagem”. Assim, sinaliza-se na noção de polícia sanitária a objetivação da representação sobre vigilância sanitária que se faz real ao ser produzida socialmente pelos trabalhadores através dos elementos de ancoragem: fiscalização, controle sanitário, barreira sanitária, risco, poder e educação sanitária. No teste de associação de palavras, os temas fiscalização, controle e barreira, também aparecem em evidência como possíveis elementos de ancoragem destacando-se pela frequência, ordem de aparecimento e importância atribuída pelos trabalhadores da VISAPAF. Além destes, os temas risco, poder e conscientização ganham ênfase por surgirem no teste como primeira evocação. Reforçando o tema educação sanitária, que emergiu das entrevistas como um elemento de ancoragem para a representação sobre vigilância sanitária, alimentando a imagem de polícia sanitária, agregam-se as palavras conscientização, orientação, informação e educação evocadas pelos sujeitos. A idéia de educação sanitária ganhou destaque na fala dos entrevistados apresentando-se como um novo discurso que começa a circular entre os trabalhadores.

Na metade do século XVIII, o conceito de polícia médica sinalizou, em particular nos estados germânicos, o interesse pela saúde como tema de política pública constituindo a base para as práticas sanitárias adotadas no Brasil desde a chegada da família real. Ao instituir regras para a vigilância dos portos, o império foi adotando procedimentos e normas que culminaram com a execução da chamada polícia sanitária. De acordo com Cunha (1994), as obras de Johann Peter Frank e Franz Anton Mai foram as que mais contribuíram para a disseminação e entendimento do conceito polícia médica na Europa. Com a publicação da *Medicinische Polizey* essa idéia difundiu-se para além das fronteiras germânicas, sendo importante salientar que o conceito de polícia médica dava ênfase à educação principalmente nas palavras de Mai. Este destacava a educação do público e considerava os profissionais ligados a questões de saúde-doença como educadores sanitários naturais. Contudo, com a nova sociedade industrial, o conceito de polícia médica deu lugar ao conceito de medicina

social. No início do século XIX, do conceito de polícia médica sobrava apenas a idéia de sistematização das atividades administrativas e de fiscalização do cumprimento das normas sanitárias estabelecidas para dar resposta aos problemas coletivos de saúde (ROSEN, 1994).

Neste movimento histórico a noção de polícia sanitária foi sendo construída no Brasil e se mantém até hoje alimentando as práticas de vigilância sanitária. Para Costa (2004), as ações hoje denominadas de vigilância sanitária originaram-se da sistematização das questões referentes à higiene individual e coletiva do século XVIII. A autora considera que as práticas de vigilância sanitária fazem parte de um conjunto de ações de saúde pública que incorporaram o caráter de polícia médica ou de polícia sanitária. A polícia médica tornou-se o suporte para muitas propostas de intervenção sobre os problemas de saúde e saneamento do espaço, sendo utilizado como guia para funcionários públicos encarregados de regular e supervisionar as mais diversas esferas da atividade humana, incluindo as pessoas (ROSEN, 1994).

A herança intervencionista da vigilância sanitária aparece nas entrevistas ligada à idéia de poder. Embora exista uma forte conexão da vigilância sanitária com a saúde, desvela-se em algumas falas um conflito que relaciona a ação de vigilância sanitária a um poder atrelado a idéia de segurança pública. Parece haver uma confusão, não explícita para todos os trabalhadores, relacionada ao exercício do poder de polícia que lhes é imputado pelo Estado. Dias (2004, p. 18), procurador da ANVISA, ao se manifestar sobre esta prerrogativa dos trabalhadores da Agência, refere que “o poder de polícia é legítimo e sustentado das autoridades sanitárias federais no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária”. Porém, lembra que esse atributo deve sempre ser exercido de forma regrada com base na legislação sanitária e que se constitui em ato administrativo. Para o procurador, o poder de polícia configura-se em atividade da administração pública, que limitando ou disciplinando direito, interesse ou liberdade, regula a prática de ato ou abstenção de fato sempre em razão do interesse público. Sendo assim, o interesse público deve estar na essência do exercício de poder de polícia, conforme nos adverte Dias (2004, p. 59):

As medidas de prevenção e repressão nesse campo não visam o indivíduo considerado como tal, mas como parte do corpo social, exigindo a proteção e o amparo do poder público. [...] medidas de alcance coletivo, colimam antes de tudo a resguardar a sociedade das agressões que podem atingir o organismo humano, exigindo uma série de providências ordenadas dentro do quadro da chamada polícia sanitária, preventiva ou repressiva - a primeira, buscando evitar o contágio e a disseminação de doenças, e a segunda, compreendendo os processos de tratamento, até mesmo compulsório, o processo e punição dos infratores das normas legais e regulamentares em vigor.

Por terem implicações diretas na liberdade das pessoas, as ações de vigilância sanitária geram nos sujeitos um conflito de sentimentos. Existe uma consciência de que as ações desempenhadas no dia-a-dia visam à saúde da coletividade, sendo esta finalidade vista como positiva. Por outro lado, esta situação causa incômodo pela forma como esta prática é vista pela sociedade. O entendimento da imagem da vigilância sanitária para a sociedade é apreendido nas falas como algo negativo, sendo relacionada principalmente a entraves e transtornos. Isto deixa à mostra um desgosto que se conjuga em medos e mágoas. Enquanto interpretação, considera-se que na maioria das vezes para se protegerem de uma agressão à qual reconhecem como certa, a saída encontrada é a adoção de mecanismo de distanciamento daquele ou daquilo que lhes causa ameaça. Aqui se pode ter uma das explicações para a confusão em torno da idéia de poder mencionada anteriormente. Embora que inconscientemente, o poder pode estar significando um *status* que coloca um limite, uma barreira entre o regulado-a sociedade e o regulador-os trabalhadores dando a este último uma imagem intocável. Isto, como forma de se protegerem das ofensas, acusações e ameaças que recebem ao desempenharem suas atividades. Além disto, se o poder enquanto *status* se faz necessário como forma do profissional se proteger de uma sociedade a qual protege com seu trabalho, isto pode estar sinalizando a reivindicação de respeito e valorização profissional. Ainda, buscando entender o que gira em torno da confusão percebida entre poder e segurança pública, chama-se atenção para o compromisso dos trabalhadores pela segurança da sociedade. O fato de representarem o Estado, ou seja, de serem autoridade sanitária e estarem imbuídos do poder de polícia imprime uma conotação de pressão sobre os trabalhadores que pode levá-los a assumir posturas mais firmes para fazerem-se atender. Isto leva a uma relação tensa entre autoridade e liberdade que muitas vezes é confundida com autoritarismo. Para Freire, este movimento faz parte de um processo de educação quando refere:

Estou convencido de que nenhuma educação que pretenda estar a serviço da boniteza da presença humana no mundo, a serviço da seriedade da rigorosidade ética, da justiça, da firmeza do caráter, do respeito às diferenças, engajada na luta pela realização do sonho da solidariedade pode realizar-se ausente da tensa e dramática relação entre autoridade e liberdade [...]. É a partir deste aprendizado que ambas se comprometem na prática educativa com o sonho democrático de uma autoridade ciosa de seus limites em relação como uma liberdade zelosa igualmente de seus limites e de suas possibilidades (FREIRE, 2000, p. 34).

Estes conflitos e tensões têm por base a natureza jurídica da vigilância. Assim, as medidas de controle sanitário realizadas por meio da ação de fiscalização sanitária, baseiam-se em normas construídas a partir do conhecimento técnico-científico disponível e nos princípios firmados na ordem jurídica (COSTA, 2004). De acordo com os trabalhadores da

VISAPAF, antes da construção da ANVISA, as normas existentes não davam conta de oferecer sustentação a todas as ações desempenhadas no dia-a-dia, o que gerava certa insegurança na realização das atividades. Algumas vezes faltavam instrumentos legais para enquadrarem uma irregularidade. Isto porque havia algumas leis de referência que não eram suficientemente abrangentes. Após a ANVISA ter sido instituída, muitos trabalhadores da própria VISAPAF assumiram cargos gerenciais na área de portos, aeroportos e fronteiras. Estes, por terem conhecimento da necessidade de normas mais abrangentes para o desempenho das atividades, deram início a um trabalho de elaboração de novas normas técnicas específicas para as áreas de atuação.

Ocorreram várias mudanças depois da ANVISA. Nas exigências, na legislação que ficou mais concreta, mais ampla, o que deu mais suporte para a gente trabalhar. Tu tens a sensação de estar bem calçado para exercer aquelas ações (Entrevista A1).

[...] a legislação agora é mais ampla. A gente até estranhou quando começaram a publicar, uma depois outra [...]. Acho que isto foi facilitado porque tínhamos colegas que foram para Brasília, pessoas como Afonso, Paulo Ricardo, Terezinha, pessoas que sabiam do que a gente precisava (Entrevista B7).

Este movimento de trabalhadores que atuavam em Postos de Controle Sanitário, ou seja, na micro-formalidade e que posteriormente passaram a ocupar cargos gerenciais, indica uma circulação visível-físico entre o universo consensual e reificado. Isto propiciou a influência de um conhecimento que foi pensado no cotidiano de trabalho sobre um conhecimento existente, reconhecido como científico, que se mantinha até aquele momento. Na análise de Moscovici (2003), ao dialogar com Ivana Marková sobre a interdependência da minoria e maioria, a influência na construção de um conhecimento é exercida em duas direções e é recíproca: da maioria para a minoria e vice versa. Este entende a minoria como um grupo de pessoas que pensam sobre algum tema e constroem um conhecimento científico, ou seja, o conhecimento do universo reificado. No caso da VISAPAF houve uma mudança de posições das pessoas, portanto de idéias, que assumiram os dois espaços da díade maioria e minoria. “A tensão interna na díade é um pressuposto para a mudança social” (MOSCOVICI, 2003, p. 357).

A importância dada à legislação sanitária recai no entendimento de que esta é a base, suporte, para as ações da vigilância conforme a fala:

Veja bem, a coisa já está direcionada e determinada, se leva em consideração à legislação, enfim, dali não se sai fora, tem que seguir aquela diretriz (Entrevista A5).

Porém, Costa (2001b) defende que as práticas de vigilância sanitária constituem uma ação de saúde e uma prestação de serviço público aos agentes de atividades submetidas a controle sanitário. Desta forma, a dinâmica desses elementos compreende a incessante produção normativa, a finalidade e o limitado alcance das normas se não estiverem conjugadas com outros instrumentos de controle de riscos. Neste estudo, a noção de controle apresenta-se como um elemento de ancoragem fornecendo conteúdo à imagem de polícia sanitária, organizando a representação sobre vigilância sanitária. Esta noção revela a permanência de medidas que tem como objetivo impedir que algum mal entre no nosso país, onde a legislação constitui-se em instrumento fundamental para a efetividade deste controle. O ordenamento jurídico desvela-se como o próprio controle e a norma assume a figura de um roteiro a ser seguido pelos trabalhadores.

O Código Nacional de Saúde de 1961 inseriu o termo controle na saúde, ligando-o a categorias relacionadas à doença, espaço e atividade econômica, como: controle de endemias, controle de acidentes de pessoas e outros. Porém, na legislação específica da vigilância sanitária, o termo controle surgiu com a publicação concomitante ao Código de 1961 das normas técnicas especiais sobre aditivos (COSTA, 2004). As ações de vigilância sanitária constituem meios essenciais de controle para operar a proteção da saúde. As atividades de controle sanitário tiveram origem no conjunto de medidas que as sociedades no decorrer do tempo estabeleceram visando impedir ou diminuir riscos e danos à saúde coletiva. Desta forma, as ações de controle sanitário se apresentaram, desde a origem, na lógica da racionalidade de ordenamento normativo do que ameaça a vida em sociedade e, desse modo, adquirem características de controle da vida social. Garcia (1989, p. 139), refere que conceito de controle “emergiu na década de 40 em substituição a noção de erradicação. O objetivo era de reduzir ao máximo possível a prevalência da doença, mesmo que a transmissão ainda se mantivesse em frequência suficiente para que a doença não desapareça totalmente”. A idéia de controle apoiava-se no entendimento de não perder o controle. Assim, a lógica de controlar passava longe da lógica de promover a saúde, pois se precisava da doença para depois controlá-la.

Cuidar dos pontos de entrada do País ainda é a prioridade das ações de VISAPAF. A preocupação em controlar os portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados como forma de proteger o País contra a entrada de uma doença ou de um produto sem qualidade que possa comprometer a saúde da população, reforça a influencia da norma como orientadora da prática. Ou seja, as normas sanitárias brasileiras seguem às diretrizes do Regulamento

Sanitário Internacional (RSI) de 1969²¹, documento oficial da Organização Mundial de Saúde que faz recomendações aos países membros para o cumprimento de suas normas e preceitos. Este RSI, que ainda encontra-se em vigor, refere medidas de saúde de caráter rígido, sem incentivo à notificação, que visam atender ao máximo os interesses de comércio internacional. Restringe-se a medidas de controle somente para três doenças e não considera as doenças emergentes e reemergentes (BRASIL, 2005a). Além disto, tem como enfoque o controle de entrada. A noção de barreira aflora nas entrevistas em vinculação com esta forma de entendimento de controle. Porém, percebe-se que há a consciência da necessidade de mudança desta maneira de pensar a vigilância sanitária.

De qualquer forma, os sujeitos permanecem ligados à herança histórica de controle sanitário de embarcações que se instituiu com a chegada da família real no Brasil e que tinha como principal finalidade impedir a entrada e disseminação de epidemias no país, onde se tinha uma prática de polícia sanitária baseada na noção de barreira (ROSENFELD, 2000).

Vigilância sanitária é o controle, com vistas à saúde da população, de possíveis riscos [...] que doenças possam contaminar aqui nossa cidade em princípio e o país como um todo. Controlar para que o porto local não seja uma porta de entrada para doenças (Entrevista B3).

Nas posições de Guilly (2001), busca-se entender estas permanências e mudanças. Para o autor a representação assegura sua função de coerência, dando estatuto central a elementos que reafirmam a inércia de um modo de funcionamento conhecido, que traz segurança. Assim, mantém os costumes, protege das vertigens da mudança, ainda que corra o risco de se ancorar num modelo passadista, como é o caso da noção de barreira sanitária, que os mesmos indivíduos certamente criticariam se tivessem consciência de que esta noção sustenta no essencial suas falas, num de seus atos profissionais essenciais. Para que as mudanças ocorram faz-se necessário trazer para a consciência dos sujeitos as ancoragens que sustentam suas imagens, portanto representações. “Assumido ou não, não haveria cultura nem história sem risco, quer dizer, risco de que o sujeito que o corre se acha mais ou menos consciente. Posso não saber agora que riscos corro, mas sei que, na presença do mundo, corro

²¹ O propósito do RSI é promover a máxima segurança contra a proliferação internacional de doenças transmissíveis com um mínimo de interferência no tráfego internacional. As doenças de controle internacional que constam no Regulamento são: cólera, febre amarela e peste. Em maio de 2005, foi aprovada pela Assembléia Mundial de Saúde, realizada em Genebra, a nova versão do RSI. Rejeição ou apresentação de reservas a este Regulamento ou emenda ao mesmo deve ser apresentada pelos países membros num prazo de 18 meses a partir da data em que o Diretor Geral notificar a adoção pela Assembléia de Saúde, deste Regulamento ou de emenda a ele, entrando em vigor 24 meses depois da notificação.

riscos” (FREIRE, 2000, p. 30). Neste arriscar, lidando com as contradições, conflitos e emoções é que as mudanças ocorrem, mobilizando a cultura e a história.

Por outro lado, o risco enquanto ameaça do desconhecido surge nas entrevistas constituindo-se em outro elemento de ancoragem da representação sobre vigilância sanitária. A percepção de risco, segundo Wiedermann (1993), é baseada principalmente em imagens e crenças, devendo-se levar em conta que ela se alicerça em diferentes *backgrounds* de conhecimento. O autor também a define como sendo a habilidade de interpretar uma situação potencialmente danosa à saúde ou à vida da pessoa, ou de terceiros, com base em experiências anteriores e na sua extrapolação para um momento futuro. Esta habilidade varia de uma vaga opinião a uma firme convicção. De certa forma, a manifestação de ameaça vivida no dia-a-dia do trabalho de fiscalização, devido à angústia de lidar com o desconhecido, indica a falta de indicadores de risco em vigilância sanitária que propiciem a mensuração do risco sanitário. Diz um trabalhador:

A vigilância sanitária é sempre uma coisa diferente a cada dia. Você tem que estar preparado para o desconhecido. O que eu vou fazer? Qual é o risco? Agora a gripe aviária, qual é o risco? Se aparecer o que eu faço? Por enquanto não tem transmissão homem-homem, mas também não sabemos quando teremos o primeiro caso diante de nós e aí? (Entrevista B1).

Para Costa (2004, p. 411), “o termo risco é usado tanto com significado de perigo ou ameaça, como possibilidade de ocorrência de evento que pode ser danoso à sociedade”, relacionado com os objetos sob controle sanitário. Não poder mensurar os objetos sob a ação da vigilância sanitária que apresentam maior ou menor risco gera nos sujeitos insegurança e conseqüentemente medo. Existe a consciência da exposição diária a um perigo potencial, porém muitas vezes impossível de ser identificado. Os objetos de controle pela vigilância sanitária portam riscos de natureza variada. Esta cegueira assusta, pois o trabalhador se sente em risco constante. Esta lucidez do perigo constante é causa de angústia e ansiedade, pois diante do desconhecido o trabalhador está vulnerável e conseqüentemente esta vulnerabilidade a um possível dano a saúde se estende para a população. Esta sensação de ter que fazer alguma coisa, mesmo que sem saber o que, se expressa na fala:

Quando nos deparamos com uma situação, naquele momento temos que tomar uma decisão uma atitude, em decorrência de não deixar sem resposta. Mesmo que para nós se apresente como algo desconhecido, sabe-se que pode haver um risco para a população, e precisamos fazer alguma coisa. Temos que agir (Entrevista C3).

A experiência, as observações diárias, os medos vividos, as atitudes tomadas “sem pensar”, enfim a prática do trabalho e as relações com o risco já se constitui num saber sobre formas de identificação de comportamentos de risco, bem como de objetos que oferecem maior ou menor risco aos trabalhadores e a sociedade. Pode-se dizer que, de forma não visível aos trabalhadores, já existe um movimento de ampliação da noção de controle para além dos limites das normas. Percebe-se aqui uma forma de organização para o cuidado que não está dito na norma, indicando uma construção dos sujeitos. Porém, existe uma falta de reconhecimento deste conhecimento como importante, pelos próprios trabalhadores. Isto se explica pela idéia de que só é conhecimento aquele pensado no universo reificado, mas será que a experiência de quem vive a tensão do risco constante não pode iniciar a construção do que chamam de indicadores de risco em vigilância sanitária. Os conhecimentos que estão por trás dos ditos saberes populares são, muitas vezes, suficientes para a garantia de uma série de necessidades da vida daqueles que os detêm. Entretanto, por não serem reconhecidos como conhecimento científico, são descartados e, freqüentemente, aqueles que utilizam tais conhecimentos são impedidos de fazê-los por um sistema mais abrangente que reifica a ciência e desacredita o *background* cultural que permeia este saber (PERES, 2002). O desafio que se configura é a possibilidade da incorporação dos saberes destes sujeitos nos processos de avaliação técnica de riscos. Para tanto, torna-se urgente a superação das barreiras impeditivas à interação entre os saberes ditos “populares”, advindos da cultura, da história, das relações cotidianas permeadas pela afetividade e os ditos “científicos” ou aqueles construídos pela educação formal e lapidados durante anos pela academia.

A noção de fiscalização também se constitui em elemento de ancoragem da representação sobre a vigilância. Ao estabelecer uma relação entre este termo e controle Costa (2004) menciona que ambos se confundem, no campo da vigilância sanitária. A autora considera que a abrangência do controle é maior e, portanto, inclui a fiscalização, sendo esta uma ação verificadora do cumprimento da norma. Na percepção dos trabalhadores, a noção de fiscalização engloba o fazer concreto da vigilância sanitária que, por sua vez, levaria ao controle dos riscos. A fiscalização ganha destaque nas falas, ou seja, todos os movimentos da vigilância recaem sobre esta idéia. Moscovici (1990, p. 272) diz que “tudo que nos faz agir, preencher uma função e nos posicionar nas relações sociais obedece a uma representação social dominante. Ou seja, aquela que tem maior grau de ancoragem e, portanto, de legitimação e partilha no ambiente social”. Assim, a noção de fiscalização surge como a de maior influencia, dentre os demais elementos de ancoragem, à imagem de polícia sanitária.

Esta idéia de fiscalização emerge das entrevistas em ligação direta ao exercício do poder de polícia da vigilância sanitária. A fiscalização apresenta-se nas falas como ultrapassando a ação de fiscalizar centrada em cumprimento de normas, vai além. Significa adotar comportamentos, atitudes, imbuir-se de uma responsabilidade que gira em torno do “ser autoridade” sanitária. Ser autoridade sanitária aparece como expressão de orgulho.

A noção de fiscalização encontra-se relacionada com a de educação, porém, esta relação é percebida como tensa. Embora de maneira cautelosa, há um movimento de introdução da idéia de educação no processo de fiscalizar. De acordo com Costa (2001b), encontra-se em curso um processo de apropriação social da importância da vigilância sanitária como ação de saúde e instrumento de organização econômica da sociedade. Este movimento vem desencadeando, desde o final da penúltima década, um conjunto de processos de reorganização das práticas e redefinição da política de desenvolvimento de recursos humanos, que vislumbra a possibilidade de construção do que chama de “uma nova cultura sanitária” (COSTA, 2001b, p. 10). Esta mudança implica em reorientar o foco das práticas sanitárias para a promoção da saúde e ações de natureza preventiva, não só de danos e agravos, mas dos próprios riscos. Dentro deste movimento, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária começou a adotar um discurso de que as práticas de vigilância sanitária devem ter por base a noção de educação, afastando-se do caráter policialesco e punitivo (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2002). Pode-se verificar esta análise na fala da Advogada Lurdes Maria Frasão Moraes, Gerente de Consultoria e Contencioso Sanitário da ANVISA:

Gigante no poder-dever que lhe defere a Lei e tão jovem ainda, a ANVISA luta agora para se desvencilhar de uma política equivocada, de uma filosofia perversa, herdada de um raciocínio administrativo vetusto, pousado na idéia de sanção, como meio único a conferir resultados na ação fiscalizadora. Ao contrário, o que predomina agora é a necessidade de formar parcerias com os agentes regulados, no atingimento de metas de defesa da saúde da população, corroborando para uma mudança gradativa e sistemática de comportamentos sanitários nos ambientes fiscalizados, pela informação precisa e eloqüente (MORAES, 2002, p. 2).

Percebe-se o desejo de mudança da ANVISA. No entanto, o discurso traz contradições que foram percebidas nas entrevistas. Embora todos os trabalhadores reconheçam a necessidade de avançar nas formas de se pensar e fazer a vigilância sanitária, estes também reconhecem a confusão que as novas orientações da ANVISA geraram para eles. A fiscalização, como mencionado anteriormente, da forma como vinha sendo exercida pelos trabalhadores constituía-se na melhor expressão da atividade de vigilância. Porém, dentro do processo de fiscalização há a necessidade do exercício das prerrogativas do poder de polícia.

Isto significa dizer que ao identificarem irregularidades durante uma inspeção sanitária²² precisam adotar medidas rápidas para a correção do problema e concomitantemente dar início a um processo administrativo, através da lavratura do auto de infração sanitária²³ (DIAS, 2004). Na tentativa de atender as diretrizes da Agência os trabalhadores começam a associar este processo e os desfechos que podem resultar deste a uma ação punitiva, portanto perversa. Isto porque, o auto de infração sanitária representa, para a maioria dos trabalhadores, um instrumento de punição que se vincula a multa, portanto penalidade. O auto de infração sanitária e multa assumem um só lugar, embora ao final do julgamento deste auto a multa possa não ser a penalidade aplicada.

Há um impasse instalado, pois parece que fiscalização só pode ocorrer em detrimento da educação e vice-versa. Assim, sobressai a polêmica sobre como fiscalizar e educar? Esta dúvida é apreendida nas entrevistas e parece ter relação com o significado dispensado para a familiarização destes dois termos. Alguns trabalhadores vincularam ações educativas a gestos agradáveis, de compreensão, de parceria com o regulado. Porém, esta parceria assume uma dimensão que sinaliza posturas que levam a anulação do papel regulador da ANVISA. Parece que o entendimento do que seja educar, para alguns, está circulando em torno do pedido, da conversa, da solicitação ao regulado para que atenda as exigências, para que corrija a irregularidade. Enfim, a ação de fiscalização acontece no âmbito de certa informalidade. Se a idéia de educação aparece atrelada a coisas positivas, isto explicaria a dificuldade de unir a ação de fiscal à de educador. Assim, um conflito insurgiu nas entrevistas revelando um momento de tensão entre o universo reificado e o universo consensual que na análise de Moscovici (2003), significa o caminhar para as transformações.

Para haver controle sanitário, segundo Nunes (2004), torna-se necessária a efetivação da ação de fiscalizar, onde os atos regulatórios e normativos sejam desenvolvidos como parte de um processo administrativo sanitário. Este tem início quando o trabalhador da VISAPAF vê-se diante de uma irregularidade prevista na legislação sanitária. Desta forma, o autor refere

²² Inspeção Sanitária: “é a investigação no local da existência, ou não, de fatores risco sanitário, que poderão produzir agravo à saúde individual ou coletiva, incluindo-se nesta a verificação de documentos” (RDC nº. 02, de 2/08/2003).

²³ Auto de infração Sanitária (AIS): Documento lavrado e assinado pela autoridade de saúde contra a pessoa que comete a infração sanitária, no qual descreve o ato ou fato constitutivo da transgressão e qualifica o infrator que, através dele, toma conhecimento da instauração de um processo administrativo, contra si, para apuração de sua responsabilidade. O infrator só será considerado culpado após o julgamento em processo administrativo, resguardando o direito de defesa. A infração poderá ser estabelecida através das seguintes penalidades: Advertência; Multa; Apreensão do produto; Inutilização do produto; Interdição do produto; Suspensão de vendas e/ou de fabricação de produtos; Cancelamento de registro de produto; Interdição parcial, ou total do estabelecimento; Proibição de propaganda; Cancelamento de autorização para funcionamento de empresa; e Cancelamento do alvará de licenciamento de estabelecimento (Lei 6.437/77).

que o processo de fiscalização tem num de seus atos a ação de inspecionar, aplicando a norma regulatória que se constitui como um processo de educação ao próprio trabalhador e à sociedade, entendendo que o processo de fiscalizar já se constitui por si só numa forma de educar para a saúde.

Os debates sobre este tema vêm ocorrendo. A educação foi assunto da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária que, em seu relatório (BRASIL, 2001), enfatiza a promoção de ações educativas de formas ampliadas, por meio de diversas estratégias e instrumentos, com intuito de construir uma consciência sanitária. Isto é, expressa a necessidade de educar a população acerca da função da vigilância sanitária e sua importância para a saúde, e divulgar informações que orientem o cidadão a adquirir produtos e serviços de qualidade, bem como, estende a influência de sua participação como sujeito na construção de um sistema eficiente de vigilância sanitária. Fernandes e Freitas (2005), ao estudarem sobre as práticas de fiscalização e educação, referem que a educação, na vigilância sanitária, tem sido encarada como fornecimento de informações sobre doenças e hábitos que contribuem para a manutenção da saúde. Ainda, referem que os profissionais da vigilância são capacitados para repassar informações, transformando o usuário em um repetidor passivo desse saber. Estes autores separam a ação de fiscalização da ação de educação, pois embora manifestem a necessidade de uma prática educativa fazem referência a dois braços que precisam existir: a fiscalização e a educação, dando a idéia de caminhos paralelos.

A afinidade da educação com o ato de informar foi apreendida nas entrevistas, expressando-se como uma atividade de orientação. Além disto, também há uma compreensão de que a ação de educar não integra a atividade formal da prática de vigilância sanitária, conforme a declaração:

Faço atividades de educação, de prevenção, de orientação aos viajantes. [...] na atividade de orientação, explico como as pessoas devem se comportar para se protegerem. Conversas informais que a gente tem com os viajantes [silêncio] são informações (Entrevista A4).

Nunes (2004) sinaliza a necessidade de se investir na formação dos trabalhadores da VISAPAF entendendo a educação como parte integradora deste processo. A preocupação com a formação do cidadão relaciona-se com a sementeira e assimilação de valores para construções individuais e coletivas do homem desde que a ação educativa passou a ser prática social pública e explicitada. A relação entre ensinar e apreender determina que os sujeitos da ação estejam dispostos a caminhar entre as contradições da relação. Como ensinam Freire e Shor (2003, p.60) “sei que o ensino não é a alavanca para a mudança ou a transformação da

sociedade, mas sei que a transformação social é feita de muitas tarefas pequenas e grandes, grandiosas e humildes”.

Percebe-se que o conflito que se instalou entre os trabalhadores tem dinamizado os discursos, mexendo com conhecimentos pré-existentes, valores e sentimentos. Tudo isto faz parte de um movimento de construção de um novo saber numa busca de familiarização com a novidade. Pensa-se que este movimento levará a transformação nas práticas através deste exercício de um olhar atento sobre o tema educação e fiscalização, buscando desvelar e revelar este conhecimento. E, nesse caminhar, no exercício do diálogo²⁴, como diz Freire (1986), com o tensionamento inerente ao encontro de diversidades, cultura/indivíduo/étnica/religiosa/áreas de conhecimento, que precisam ser pontuadas, é que se vai alicerçando a construção da possibilidade de uma nova cultura.

²⁴ Conforme Freire (1986), o diálogo é o momento em que os humanos se encontram para refletir sobre sua realidade tal como a fazem e refazem, sobre o que sabem e o que não sabem, podendo seguir atuar criticamente para transformar a realidade. É conhecer e reconhecer a realidade (p.125).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca de se compreender quais as representações sociais sobre vigilância sanitária expressam os discursos e as práticas dos trabalhadores da VISAPAF, considerando-se as complexidades das inter-relações entre o universo familiar e não-familiar, chegou-se à identificação de alguns elementos elucidativos. Estes acenam possibilidades para o entendimento das formas de raciocínio e das teorias existentes e elaboradas no cotidiano desses sujeitos. Entretanto, não se tratou de um processo simples, mas sim de um ir e vir entre a história da vigilância sanitária, contexto social, valores, sentimentos e conhecimentos que se desvelaram de maneira, às vezes, pouco perceptível para os trabalhadores. Cabe destacar que, no transcorrer do estudo, havia momentos em que se tornava quase impossível fazer distinção de quem era quem, entre objeto e sujeito. Existe uma ligação muito forte entre os trabalhadores e a vigilância sanitária. Estes, ao falarem de si, confundem-se com a própria vigilância. Isto reforça que sujeito e objeto não são funcionalmente distintos, eles formam um conjunto indissociável, o que confere consistência epistemológica à teoria das representações sociais (JODELET, 2001).

Partindo de questões iniciais deste estudo acerca da existência de uma história da vigilância sanitária sem sujeitos, conclui-se que estes são a própria revelação desta história e vice-versa. Portanto, começam a ser vistos. Assim, pode-se dizer que de alguma forma já se faziam conhecer pela história da vigilância. Porém, estudar a vigilância sanitária, a partir dos sujeitos, foi um desafio diante dos espaços vazios constatados na literatura. Associado a isto, soma-se o desafio da teoria das representações sociais como lentes para as interpretações. Apesar da amplitude da teoria, as possibilidades metodológicas ainda se encontram em fase de descobrimento, cabendo ao pesquisador a arte de movimentar-se na construção de um melhor caminho, como tão bem assinala Sá (1998).

Ao se delinear as idéias e os conceitos estabelecidos pelos trabalhadores, que dão sentido à prática de vigilância sanitária, foram sendo fornecidos subsídios que culminaram na reconsideração de alguns entendimentos iniciais. Isto porque a teoria das representações sociais propiciou um (re) olhar para os trabalhadores, desprendido do que é considerado como certo e ideal pelo universo reificado, valorizando-se as dinâmicas do universo consensual. Na fase inicial deste estudo, julgavam-se as práticas da vigilância sanitária de uma maneira muito simplista e aludia-se um fazer vinculado a um modelo burocrático cartorial de caráter policialesco, desconectado da responsabilidade educativa da saúde pública. Acenava-se para

uma falta de consciência sobre a finalidade da vigilância sanitária. Mas o que significava dizer isto, se não fazer referência a uma visão superficial, contaminada das formas racionais de entendimento das condutas, que não contemplam os fatos psíquicos na interpretação de fenômenos sociais? A partir das representações dos sujeitos sobre a vigilância sanitária foi possível ir compreendendo o efeito conjugado entre o funcionamento cognitivo, social e afetivo que as geraram.

Neste sentido, percebe-se um repensar deste trabalho de vigilância como uma profissão que se expressa no desafio dos trabalhadores em construir uma identidade profissional, assumindo um espaço na vigilância sanitária. Para tanto, é imperativo fazerem-se reconhecer junto à ANVISA e pleitear uma política específica para a VISAPAF, dentro da Agência. Somando-se a isto há a responsabilidade de tornarem os saberes e fazeres desta profissão reconhecidos como ciência, localizando a vigilância sanitária na área das ciências da saúde. É interessante observar que o conhecimento científico é visto como fundamental para uma formação que atenda as especificidades dos objetos de controle sanitário. Entretanto, os trabalhadores apontaram a necessidade de cursos de capacitação que prime por uma metodologia que considere as diferenças de escolaridade dos trabalhadores e as diferenças existentes entre as regiões do País. Há um juízo de que os cursos disponibilizados até o momento não se constituíram em processos capazes de educar para uma formação profissional, e sim, resultaram num repasse de informações. Na maioria das vezes, estas informações aumentaram a ansiedade e insegurança dos trabalhadores, pois, ao serem informados, sentiam-se assumindo o compromisso de colocar em prática aquilo que foi repassado, mas que não foi apreendido como familiar. Esta forma de capacitar favorece a permanência de elementos já conhecidos pelos sujeitos dificultando o aprimoramento da prática. Isto porque, “transformar o não familiar em algo usual, possível de ser praticado, exige a busca de memórias e conclusões passadas sobre o que se apresenta como estranho” (MOSCOVICI, 2003, p.60). Além disto, outra dificuldade identificada neste processo de formação profissional diz respeito à posição de objeto adotada pelos trabalhadores neste processo. Esta constatação sinaliza um sentimento contraditório, ou seja, ao mesmo tempo em que eles solicitam uma metodologia que respeite as diferenças, permanece arraigada a imagem de professor que ensina e aluno que aprende. Para Freire (2004, p. 22-23),

se começo por aceitar que o formador é o sujeito em relação a quem me considero objeto [...] me considero como um paciente que recebe os conhecimentos-conteúdos-acumulados pelo sujeito que sabe e que são a mim transferidos. É neste sentido que formar não é transferir conhecimentos, conteúdos nem formar é a ação pela qual o sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso ou acomodado.

Este caminhar para a construção de um saber específico da VISAPAF é permeado por um sentimento de solidão que se justifica na dificuldade de comunicação entre os trabalhadores das vinte e sete CVSPAFs nos Estados e Distrito Federal. Assim, a ampliação dos canais de comunicação entre os serviços de vigilância sanitária constitui-se em ferramenta importante para uma maior integração entre os sujeitos, por favorecer a troca de experiências. Aqui, acrescenta-se o desejo de padronização de procedimentos. Pensa-se que o significado desta padronização mereça ser discutido pelos trabalhadores, no sentido de ficarem alertas a não incorrerem no comprometimento da capacidade de reflexão sobre como realizar o processo de trabalho. Na subcategoria nominada profissionalismo também foi possível apreender a importância atribuída às aptidões pessoais, dando um compasso de interdependência entre paixão e escolha existencial. A partir disto, ficou implícito um jogo de sentimentos positivos e negativos atrelados à vigilância sanitária e uma ligação ao fazer missionário dos sanitaristas, possível de se visualizar na história da saúde pública.

Ao mesmo tempo em que se acusa um movimento para demarcar as especificidades do trabalho da vigilância sanitária, que culmine na construção de uma identidade profissional, não se pode deixar de revelar o desânimo generalizado que emerge na idéia de exclusão. Trata-se de um sentimento apreendido nas falas dos trabalhadores de que nada, nunca, pudesse ser bom ou relativamente bom. Revela-se uma imagem de desvalorização profissional, sugerindo um possível entrave para as inovações das práticas, mesmo que estas inovações sejam percebidas como necessárias. A noção de exclusão desvenda uma mágoa dos trabalhadores por não integrarem o quadro de pessoal da ANVISA, após a sua criação. No discurso emerge um período pré e pós ANVISA, onde a criação da Agência surge como um marco a partir do qual os trabalhadores deixaram de ser necessários e, portanto, não participantes dos processos para a inovação da vigilância sanitária. Daí depreende-se a importância de tornar estas representações visíveis aos trabalhadores, propiciando ambientes em que possam refletir em conjunto com suas chefias sobre estes sentimentos de rejeição e decepção que vêm causando insegurança profissional e resistência às mudanças. Neste sentido, chama-se a atenção para o termo “ação da ponta” utilizado para nominar o trabalho da VISAPAF. Esta expressão sugere uma carga simbólica impregnada de valores e sentimentos que reduzem os sujeitos a uma visão simplista de executores.

Esta posição que se revelou nos discursos pode estar indicando a influência do universo reificado como força repressora e coercitiva que leva os indivíduos a se assumirem como constituídos. Por outro lado, é preciso refletir sobre o significado das palavras de

Moscovici (1990, p. 250), quando diz que “talvez seja cômodo pensar que uma boa parte das sociedades é fabricada fora de nós, sem nossa intervenção”.

Igualmente, sugerem-se proposições da ANVISA junto aos trabalhadores no intuito de uma maior reflexão sobre o que vem dando sentido ao termo “antigos”, forma como os sujeitos se autodenominam. Portanto, depara-se com um conflito instalado levando à dualidade entre os “antigos” e “novos”, que correspondem, respectivamente, aos sujeitos deste estudo e aos profissionais concursados integrantes do quadro de Especialistas e Analistas da Agência (ANVISA, 2006b). Como possíveis causas deste conflito, apontam-se as diferenças existentes entre estes dois conjuntos de profissionais, relacionadas ao vínculo com a ANVISA, e a idéia de que a Agência valoriza mais os profissionais concursados por entender que sejam mais bem qualificados para o trabalho. Desta forma, os trabalhadores experimentam um momento de tensão e insegurança que se justifica tanto pela chegada dos novos profissionais quanto pelo receio de sobrevir uma descentralização da gestão da VISAPAF. Quanto a este último tensionamento, considera-se que emerge ligado a toda gama de relações com as experiências passadas que a maioria destes trabalhadores vivenciou com o desmantelamento do ex-INAMPS a partir das diretrizes estabelecidas pelo SUS. Isto provoca neles medos e anseio de perderem novamente a identidade. Embora não exista o risco eminente de uma descentralização (BRASIL, 1990), há um reviver constante desta possibilidade pelos trabalhadores. Para eles, integrar o SUS significa ficar sob a gestão de Estados e Municípios, uma vez que vivenciaram esta experiência no período em que foram redirecionados para os serviços de saúde, após a extinção do INAMPS. Isto culmina num distanciamento entre ações da VISAPAF e o SUS, uma vez que possuem vínculo direto com a esfera federal. Acredita-se que a conscientização sobre estes entendimentos possa diminuir as inseguranças e favorecer uma maior integração da VISAPAF com os demais serviços de saúde. Alia-se à convocação de Costa (2004) sobre a necessidade de articulação permanente das ações de vigilância sanitária nas distintas esferas de gestão e, destas, com as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do SUS para a efetividade das práticas. Com isso, pressupõe-se estar ocorrendo uma desconexão entre as ações da VISAPAF e as ações de atenção à saúde, comprometendo uma das diretrizes do SUS, a integralidade.

A este aceno atrela-se que a integralidade ainda não se constitui num conceito de sustentação da imagem de proteção à saúde e, conseqüentemente, a representação sobre vigilância sanitária. A idéia de prevenção apresenta-se como principal ponto de ancoragem que colabora para a objetivação de proteção à saúde. Porém, prevenir adquire o significado de controlar para evitar a entrada de doenças no País. Sendo assim, prevenir está em vinculação

direta à noção de barreira enquanto escudo. Entende-se que a imagem de proteção à saúde precisa ser ancorada em outras noções e idéias para que ocorram mudanças deste enfoque. Seguindo este compasso, torna-se necessário que os trabalhadores construam novos entendimentos e conceitos sem fugir das perspectivas do SUS. Isto porque as ações, neste campo do conhecimento, no que tange a própria definição legal, não se limitam às atividades básicas de atenção de saúde (BRASIL, 1999b). Trata-se de uma área específica, pois, regula e monitora a qualidade de bens de saúde que circularão e terão seus efeitos em âmbito nacional e internacional, incluindo-se o cuidado com os viajantes. Portanto, extrapola os limites do território nacional, seja em termos de risco à saúde ou efeitos econômicos de sua regulação. Sinaliza-se que a noção de promoção à saúde, que começa a circular entre os trabalhadores, pode estar indicando um movimento de mudança na representação sobre vigilância sanitária. Ou seja, visualiza-se uma possibilidade de deslocamento do foco da prevenção, haja vista que a promoção à saúde foge do enfoque defensivo da saúde contra a doença e amplia-se para a afirmação da saúde, tal como sinaliza Almeida Filho (2000).

Na categoria polícia sanitária, a legislação aparece como principal ferramenta norteadora das ações da VISAPAF, embora se perceba um deslocamento da noção de controle sanitário para além do ordenamento jurídico. Pensa-se que os medos e ansiedades que giram em torno da idéia de risco tenham revelado o início de uma prática que tende ultrapassar a limitação da norma. Entretanto, verifica-se que na consciência dos trabalhadores a orientação do arcabouço legal ainda imprime o que deve ou não ser controlado. Porém, ao revelarem o medo do desconhecido, sinalizando a falta de indicadores de risco em vigilância sanitária, os trabalhadores trouxeram para a visibilidade esta abordagem mais ampla de controle.

A fiscalização sanitária abarca o que há de mais significativo no exercício do poder de polícia, na prática da vigilância. Cabe ressaltar que o conceito de fiscalização já ultrapassa a ação de fiscalizar com o objetivo de verificação do cumprimento de normas, indicando algo maior que envolve comportamento, atitude e responsabilidade com a sociedade. A fiscalização começa a ser discutida no universo consensual, atrelada à educação para a saúde. Porém, a forma como o universo reificado vem influenciando a entrada do tema educação nas práticas de vigilância sanitária, tem trazido certa confusão entre os trabalhadores. Parece haver um entendimento, por parte da Agência, de que a vigilância sanitária precisa deixar de ser punitiva para ser educativa. Ao estabelecer a contradição entre o punitivo e o educativo, a Instituição aciona mecanismos de tensão entre os trabalhadores, pois os registros de memórias relacionam a prática de fiscalizar com a ação de punir levando a uma dicotomia desnecessária entre estas duas práticas. Pondera-se que a ação de fiscalizar já contém a prática de educar,

viabilizando a conciliação entre o exercício do poder de polícia e a educação na prática de fiscalização sanitária.

Todos estes conflitos, tensionamentos, medos, mágoas, alegrias, paixões, enfim, todos estes movimentos que revelam as representações sobre a vigilância sanitária, apresentam-se como motivadores das práticas e atitudes dos trabalhadores da VISAPAF. Porém, convém atentar para o alerta de Moscovici (2003, p. 37) que “[...] as representações não são pensadas pelos indivíduos”, portanto, podem influenciar mudanças nas práticas que não significam avanços desejados pela equipe. Assim, sinaliza-se a relevância dos resultados deste estudo ao possibilitar a visualização dos conceitos que sustentam as representações dos trabalhadores, oferecendo subsídios para análise dos elementos que podem estar causando permanências e influenciando os movimentos da prática cotidiana. Aponta-se para a importância da adoção de uma postura crítica pelos sujeitos, que os coloque na posição de (re) agir. Isto é, que assumam a condição de constituintes da sociedade, tanto na dimensão consensual como na reificada e, em decorrência, também na esfera da VISAPAF.

A construção teórica produzida nesta pesquisa acena a possibilidade de abertura de novos caminhos que permitam ampliar o olhar sobre as relações dos trabalhadores com o trabalho, suas práticas e a sociedade. Além disto, pressupõe-se que estes resultados possam se reverter em benefício da construção de um perfil profissional, se forem estabelecidos num movimento participativo entre a Instituição-ANVISA e os trabalhadores da VISAPAF.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **A ANVISA tem o objetivo de prevenir e não de punir**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2002/060502.htm>>. Acessado em: 4 jun. 2006.

_____. **As novas caras da ANVISA**. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/boletim/2006/060502.htm>>. Acessado em: 10 maio 2006.

_____. **Apresentação**. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/apresentacao.htm>>. Acessado em: 12 abr. 2006.

ALMEIDA FILHO, N. de. **O conceito de saúde e a vigilância sanitária**: notas para a compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde. *In*: SEMINÁRIO TEMÁTICO PERMANENTE DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1., Brasília, DF, 2000. Brasília, DF, 2000. p. 1-24.

BARDIN, Lourence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BODSTEIN, R. de A. **História e saúde pública**: a política de controle de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987. 212 p.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano, compaixão da terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

BOORSE, C. Health as a theoretical concept. **Philosophy of Science**, Baltimore, n. 44, p. 542-573, 1977.

BRASIL. Decreto nº. 3. 029, de 16 de abril de 1999. Aprova o regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 abr. 1999a. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº. 8. 080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 jan. 1999b. Seção 1, p. 1.

_____. **Lei nº. 10.882, de 9 de junho de 2004**. Dispõe sobre a criação do plano especial de cargos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e da gratificação temporária e dá outras providências. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://dji.com.br/leis_ordinarias/2004-010882/2004-010882.htm>. Acesso em: 22 jun. 2006.

_____. **Portaria nº. 406, de 14 de outubro de 2005**. Dispõe sobre a alteração da Portaria nº. 593, de 25 de agosto de 2000 (Regimento Interno). Brasília, DF, 2005b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/e-legis/>>. Acesso em: 14 abr. 2006.

_____. **Resolução - CNS nº. 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.unimes.br/academico/pesquisa/Resolucao%20CNS%20196-96.doc>>. Acesso em: 16 out. 2003.

_____. **Resolução - RE nº. 2, de 28 de novembro de 2000**. Dispõe sobre a padronização de modelo para atos de competência legal no exercício de fiscalização no âmbito da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/paf/legislacao/resol.htm>>. Acesso em: 4 jun. 2004.

_____. **Resolução de Diretoria Colegiada-RDC nº. 217, de 21 de novembro de 2001**. Dispõe sobre regulamento técnico de vigilância sanitária nos portos de controle sanitário instalados no território nacional e embarcações que operem transportes de cargas e ou viajantes. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=1196&word=>>>. Acesso em: 7 dez. 2005.

_____. **Resolução de Diretoria Colegiada-RDC nº. 350, de 28 de dezembro de 2005**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Vigilância Sanitária de Mercadorias Importadas. Brasília, DF, 2005c. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20313&word=>>>. Acesso em: 10 jun. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília, DF, 2001. 159 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Guia prático para o controle sanitário de viajantes**. Brasília, DF, 2005a. 132 p.

BUENO, E. **À sua saúde**: a vigilância sanitária na história do Brasil. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2005.

BUSS, P. M. Health promotion and quality of life. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

_____. Promoção da saúde no Brasil. *In*: SEMINÁRIO BRASILEIRO DE EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., maio 2005, Rio de Janeiro. [**Anais...**]. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em:
<<http://www.abrasco.org.br/GTs/GT%20Promocao%20da%20Saude%20Doc%20Refer.htm>>
. Acesso em: 25 jun. 2006.

CAMARGO, B. V. Representações sociais do preservativo e da AIDS: spots publicitários escritos por jovens à televisão francesa. *In*: JODELET, D., MARGOT, C. **AIDS e representações sociais**: à busca de sentidos. Natal: EDUFRN, 1998. p. 155-174.

COELHO, L. M. A representação social da homossexualidade feminina nos ginecologistas do ponto de vista das mulheres lésbicas e bissexuais. **Revista Tesseract**, São Paulo, n. 4, maio 2001. Disponível em: <http://tesseract.sites.uol.com.br/textoleilacoelho.htm>. Acesso em: 15 dez. 2004.

CORTES, S. M. Técnicas de coleta e análise qualitativa de dados. **Cadenos de Sociologia**, Porto Alegre, v. 9, p. 11-47, 1998.

COSTA, E. A. **O trabalhador na Anvisa na construção de uma nova vigilância sanitária**: profissional de saúde ou fiscal? Brasília, DF, 2001b.

_____. **Vigilância sanitária**: proteção e defesa da saúde. São Paulo: Sobravine, HUCITEC, 1999.

_____. _____. 2. ed. aum. São Paulo: Sobravine, 2004.

COSTA, E. A. Vigilância sanitária: saúde e cidadania. *In*: CAMPOS, F. E. *et. al.* (Org.). **Vigilância sanitária**. Belo Horizonte: COOPMED, 2001a. 129 p. (Cadernos de saúde, 4). p. 13-28.

_____.; ROSENFELD, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. *In*: ROSENFELD, S. (Org.). **Fundamentos de vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 15-40.

COSTA, M. S. D. **Sobre a teoria de interpretação de Paul Ricoeur**. Porto: Contraponto, 1985.

CUNHA, N. V. da. **Viagem, experiência e memória: narrativas de profissionais da saúde pública dos anos 30**. Bauru: EDUSC, 2005.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, 1999.

DALL'AGNOL, C. M. **Avaliação de desempenho na enfermagem e o ser (a) crítico**. 1999. 186 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

DALLARI, S. G., **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

DI PIETRO, M. S. **Direito administrativo**. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

DIAS, H.P. **Flagrantes do ordenamento jurídico-sanitário**. 2. ed. rev. atual. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2004. 364 p.

DUARTE, I. G. **Do serviço sanitário ao centro de vigilância sanitária: contribuição para o estudo de vigilância sanitária no Estado de São Paulo**. 1990. 116 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Saúde Pública, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1990.

DURKHEIM, E. **Da divisão do trabalho**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 1999b.

_____. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Martins Fontes, 1999a.

_____. Religião e conhecimento. In: RODRIGUES, J. A. (Org.). **Émile Durkheim**. São Paulo: Ática, 1998. p. 147-203.

DURKHEIM, E. **Sociologia e filosofia**. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

FARR, R. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P. A. (Org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

FERNANDES, F. S. **Autocuidado de trabalhadores de uma cooperativa de separação de lixo reciclável**. 2004. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. Apresentado à disciplina de Estágio Curricular. Porto Alegre.

FERNANDES, M. A; FREITAS, A. P. Práticas de fiscalização e educação em vigilância sanitária. *In*: ALVES, M. G. (Org.). **Vigilância sanitária: principais tecnologias de intervenção**. Salvador: OPAS, 2005. p. 20-25.

FERREIRA, S. R. S. **O amor e o namoro me interessam, a AIDS, nem tanto!...** representações sociais da AIDS entre jovens de uma escola estadual de ensino fundamental de Porto Alegre. 2000. 205 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

FRANCISCONI, C. F; GOLDIM, J. R. **Diretrizes consensuais tripartites para a boa prática clínica**. Porto Alegre, 2003. Disponível em:
< <http://www.bioetica.ufrgs.br/consespq.htm>>. Acesso em: 20 abr.2005.

FRANCO, M. L. P. B. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 34, n. 121, p. 169-186, jan./abr. 2004.

FREIRE, P. **Educação como prática para a liberdade**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

_____. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

_____.; SHOR, I. **Medo e ousadia: o cotidiano do professor**. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

GARCIA, J. C. A articulação da medicina e da educação na estrutura social. *In*: NUNES, E. D. (Org.). **Pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 189-238.

GARIBOTTI, V. *et al.* A construção dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 22, p. 1043-1051, mai. 2006.

GHIGLIONE, R.; MATALON B. **O inquérito**: teoria e prática. Tradução do Francês por Conceição Lemos Pires. 3. ed. [Lisboa]: Celta, 1997.

GOMES, A. M. T., OLIVEIRA, D. C. de. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 145-153, 2005.

GUARESCHI, P. A. **Os construtores da informação**: meios de comunicação, ideologia e ética. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

_____. Quantitativo *versus* qualitativo: uma falsa dicotomia. **Psico**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 165-174, jan./jun.1998.

GUILLY, M. As representações sociais no campo da educação. *In*: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Traduzido por Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. p. 321-342.

HENRIQUES, C. M. P. **A vigilância sanitária dos portos**: experiência da prevenção da cólera no porto de Santos. 1992. 76 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis**: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 1, p. 23-36, 1991.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. *In*: _____. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 17-44.

_____. Representation sociale: phénomènes, concept et théorie. *In*: MOSCOVICI, S. (Org.). **Psychologie sociale**. Paris: PUF, 1984. p. 78-99.

_____. Représentations sociales: un domaine en expansion. *In*: _____. (Org.). **Les représentations sociales**. Paris, 1989. p. 31-61.

JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. A. Introdução. *In*: GUARESCHI, P. A. **Textos em representações sociais**. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

KARLING, J. C. **A representação social do espaço público em meninos em situação de rua**. 146 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

LOPES, C. S.; COUTINHO, E. S. F. Transtornos mentais como fatores de risco para o desenvolvimento de abuso/dependência de cocaína: estudo caso-controle: **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, out. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101999000500007&In:>. Acessado em: 9 dez. 2004.

LUCCHESI, G. **Globalização e regulação sanitária**: Os rumos da vigilância sanitária no Brasil. 2001. 326 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

LUZ, M. T. **Medicina e ordem política brasileira**: políticas e instituições de saúde (1850-1930). Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACHADO, R. *et al.* **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MANCUSO, R. C. **Interesses difusos**: conceito e legitimação para agir. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1994.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001. p. 39-69.

MEAD, G. H. **Mind, self and society**. Chicago: University of Chicago Press, 1934.

MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro**. São Paulo: Malheiros, 1999.

MORAES, L.M.F. **Anvisa e o poder de polícia**. Brasília, DF, 2002. Disponível em <[www.http://anvisa.gov.br/divulga/noticias/2002/060502.htm#artigo#artigo](http://anvisa.gov.br/divulga/noticias/2002/060502.htm#artigo#artigo)>. Acesso em: 10 jun. 2006.

MOSCOVICI, S. **A máquina de fazer deuses**: a sociologia e psicologia. Tradução do Francês por Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris: PUF, 1961.

_____. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. Social psychology and developmental psychology: extending the conversation. *In*: DUVEEN, G. ; LLOYD, B. (Ed.). **Social representations and the development of knowledge**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. p. 164-185.

_____. (Ed.). **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Tradução do Inglês por Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

_____. (Ed.). **Social representations**. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

NUNES, P.R.S. **Formação/educação dos trabalhadores da VISAPAF/ANVISA/MS**. 2004. 130 f. Projeto de Dissertação aprovado em banca de qualificação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

OLIVEIRA, F.; WERBA, G. C. Representações sociais. *In*: STREY, M. N. *et al.* **Psicologia social contemporânea**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. p. 104-107.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Carta de Ottawa. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília, DF: IEC, 1986. p. 11-18.

_____. Declaração de Adelaide. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília, DF: IEC, 1988. p. 19-30.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Sundsvall. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília, DF: IEC, 1991. p. 31-40.

_____. Declaración de Yakarta. *In*: BUSS, P. M. **Promoção da saúde e saúde pública**. Rio de Janeiro: ENSP, 1997. p. 174-178. (Mimeo.).

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Santa Fé de Bogotá. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília, DF: IEC, 1992. p. 41-47.

PEREIRA JUNIOR, A. G. **Do encontro de saberes às novas práticas na prevenção da AIDS: um estudo processual em representações sociais**. 2003. 90 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

PERES, F. Onde mora o perigo? Percepção de riscos. *In*: MINAYO, M. C.; MIRANDA, A. C. **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 135-42.

PILATI, J. I. **Vigilância sanitária**: contribuição ao estudo jurídico e político. 1995. 212 f. Tese (Doutorado) - Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

PIOVESAN, M. F. **A construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. 2002. 102 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Getúlio Vargas: Rio de Janeiro, 2002.

RIBEIRO, M. A. R. **História sem fim**: inventário da saúde pública, São Paulo (1880-1930). São Paulo: UNESP, 1993. 270 p.

ROCHA, M. V. V. **Riscos de saúde provenientes de contaminação microbiana nas aeronaves e sua percepção na visão dos trabalhadores da vigilância sanitária de aeroportos**. 2004. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Luterana do Brasil, Porto Alegre, 2004.

RODRIGUES, B. A. **A evolução institucional da saúde pública**. Brasília, DF: [s. n.], 1977.

ROSEN, G. A. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

ROSENFELD, S. (Org.). **Fundamentos de vigilância sanitária**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

SÁ, C.P. de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998. 106 p.

SANTOS, M. F. S. Representação social e identidade. *In*: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.) **Estudos interdisciplinares de representações sociais**. Goiânia: AB, 1998. p. 151-159.

SAWAIA, B. B. Representação e ideologia: o encontro desfeticizador. *In*: Spink, J. M. P. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 73-84.

SILVA, C. G. M. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, supl., ago.2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0034-89102002000500007>. Acessado em: 9 dez. 2004.

SOUTO, A. C. **Saúde e política**: a vigilância sanitária no Brasil, 1976-1994. São Paulo: Sobravine, 2004.

_____. **Saúde e política**: a vigilância sanitária no Brasil. 1996. 227 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, jul./set.1993.

_____. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. *In*: GUARESCHI, P. ; JOVCCHLOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1995. cap. 4, p. 117-145.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. *In*: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud**: una antología. Washington, DC, 1992. p. 37-44.

VIGNAUX, G. Categorições et schématisations: dès arguments au discours. *In*: DUBOIS, D. (Ed.). **Sémantique et cognition**. Paris: CNRS, 1991. p. 215-250.

WIEDERMANN, P. M. Introduction risk perception and communication. **Arbeiten Zur Risiko-Kommunikation Heft**, v. 38, p. 14-32, Jül./Apr. 1993.

APÊNDICE A - Ofício para Solicitação do Campo de Pesquisa

Porto Alegre,de de 2005.

Sra. Coordenadora,

Como Pesquisadora Responsável e na qualidade de Professora Orientadora da Mestranda Dirciara Souza Cramer de Garcia, que vem desenvolvendo o Projeto de Pesquisa intitulado **“Representações sociais sobre vigilância sanitária entre trabalhadores da ANVISA: um estudo na Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados no Rio Grande do Sul”**, venho solicitar anuência para a realização do mesmo, coletando informações junto aos trabalhadores dos seguintes Postos de Vigilância Sanitária dessa Coordenação: Posto Portuário de Rio Grande, Posto Aeroportuário de Porto Alegre e Posto de Fronteira de Uruguaiana. Esclareço sobre o compromisso de somente dar início à coleta de dados após obter parecer favorável a ser emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP – UFRGS), bem como de manter V.Sa. informado sobre esta tramitação.

O objetivo consiste em conhecer as representações sociais sobre vigilância sanitária entre os trabalhadores da Coordenação de Vigilância de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados no Estado do Rio Grande do Sul, considerando sua construção na perspectiva dos universos reificado e consensual expressa em mecanismos de objetivação e ancoragem.

A coleta de dados será realizada através da Técnica de Associação Livre e Entrevistas Semi-Estruturadas gravadas em áudio. Com os resultados pretende-se subsidiar a compreensão de como os trabalhadores de VISAPAF apreendem o fenômeno vigilância sanitária, entendendo os processos pelos quais constroem sua realidade social como sujeitos da ação, despertando neles o entendimento sobre estes processos e a capacidade de como grupo, sempre em movimento na busca de um mesmo objetivo, estarem formando outras representações, interferindo e influenciando nos processos de mudanças sociais necessárias para o desempenho das ações de vigilância sanitária de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados. Salienta-se também a importância deste estudo para a reflexão sobre os processos de educação e formação dos trabalhadores em VISAPAF.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Clarice Maria Dall’Agnol
Programa de Mestrado EEnf-UFRGS

De acordo, em: ____/____/ 2005.

Assinatura/Carimbo

A Sra.

Dra. Mauda Valdeci Rocha

Coordenadora da Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados no Estado do Rio Grande do Sul.

APÊNDICE B - Consentimento Livre e Informado²⁵**(Participação nas Entrevistas)**

Projeto de Pesquisa: As representações sociais sobre vigilância Sanitária entre os trabalhadores da Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados no Estado do Rio Grande do Sul.

Pesquisadora: Mestranda Dirciara Souza Cramer de Garcia²⁶

Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Clarice Dall'Agnol²⁷

Na intenção de auferir colaboração na participação da pesquisa sobre **as representações sociais sobre vigilância sanitária entre trabalhadores de VISAPAF**, de minha autoria, e no intuito de obter o consentimento formal para proceder à entrevista individual, a qual será gravada em áudio, dirijo-me:

Ao Participante:

Contando com sua colaboração em participar da pesquisa acima nominada, solicito seu consentimento formal para proceder à entrevista individual, que será gravada em áudio, estimando-se que a duração da mesma seja aproximadamente de 30 a 50 minutos. O principal objetivo a que me proponho, neste estudo, é conhecer as representações sociais sobre vigilância sanitária entre os trabalhadores da Coordenação de Vigilância de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados no Estado do Rio Grande do Sul, considerando sua construção na perspectiva dos universos reificado e consensual expressa em mecanismos de objetivação e ancoragem. A partir das reflexões que forem suscitadas e de um aprofundamento progressivo sobre as questões emergentes, os benefícios são visualizados no sentido de subsidiar a compreensão de como os trabalhadores de VISAPAF apreendem o fenômeno vigilância sanitária, entendendo os processos pelos quais constroem sua **realidade social** como sujeitos da ação, com vistas a contribuir para a melhoria das suas práticas cotidianas.

Esta iniciativa faz parte da minha formação acadêmica no Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Assim, é isenta de vinculações hierárquicas e administrativas. Igualmente, fica assegurada a liberdade de optar pelo ingresso e continuidade no estudo ou pela desistência, a qualquer momento, sem que sua tomada de decisão incorra em prejuízos ao(a) Sr.(a).

Ratifico o caráter confidencial da entrevista e o compromisso de preservar o seu anonimato quanto às informações concedidas. Para tanto, a fita será inutilizada tão logo for

²⁵ O teor deste documento foi inspirado à luz das Normas de Pesquisa em Saúde, Resolução CNS 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, Diretrizes Internacionais do Council for International Organizations of Medical Sciences-CIOMS (1993) e Diretrizes Consensuais Tripartites para a Boa Prática Clínica (1997) mencionada por FRANCISCONI, C. F; GOLDIM, J. R. (2003) disponíveis em: www.bioetica.ufrgs.br/consespq.htm

²⁶ E-mail: dirciara.cramer@anvisa.gov.br, Fones: (53) 32313281 (61) 93337926

²⁷ E-mail: Clarice@adufgrs.ufrgs.br, Fones: (51) 33165425, 99192627

transcrita e, posteriormente, o Sr.(a) será consultado sobre quais informações concedidas poderão constar no Relatório da Pesquisa.

Tanto eu, como minha Professora Orientadora, colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários, mesmo após a entrevista, através das formas de contato que constam abaixo.

Data:

Dirciara Souza Cramer de Garcia

De acordo,

Nome do participante e assinatura

OBS.: Documento em duas vias (uma destinada ao participante e outra à pesquisadora)

APÊNDICE C - Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada

1. O que é vigilância sanitária?
2. Que tipo de ações são realizadas no dia-a-dia de seu trabalho?
3. Qual a importância destas ações?
4. Que motivos te levaram a trabalhar na vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras?
5. Você tinha conhecimento do que era fazer vigilância sanitária? Empirismo.
6. Você se sente preparado para desempenhar estas ações?
7. Qual o seu papel no desenvolvimento das práticas de vigilância sanitária?
8. Qual sua participação no desenvolvimento das políticas em vigilância sanitária?
9. Você identifica mudanças ou transformações no fazer em vigilância sanitária desde sua entrada nesta atividade até o momento?
10. Gostaria de fazer algum outro comentário?

**APÊNDICE D - Possíveis elementos Constituintes das Representações Sociais da
Vigilância sanitária entre os Trabalhadores da CVSPAF/RS.**

Categorias Temáticas		1º Evocação	n	%	2º Evocação		%	3º Evocação	n	%
Proteção da Saúde		Saúde	17	38,64	Prevenção	6	13,64	Prevenção	3	6,98
		Prevenção	4	9,09	Saúde	3	6,82	Qualidade	2	4,65
		Vacina	1	2,27	Proteção	2	4,55	Saúde	2	4,65
			0	0,0	Cidadania	1	2,27	Vida	2	4,65
			0	0,0	Direito	1	2,27	Alimentação	1	2,33
			0	0,0	Higiene	1	2,27	Bem Comum	1	2,33
			0	0,0	Vida	1	2,27	Direito	1	2,33
			0	0,0		0	0,0	Higiene	1	2,33
			0	0,0		0	0,0	Prioridade	1	2,33
			0	0,0		0	0,0	Proteção	1	2,33
		22	50,00		15	34,09		15	34,91	
Identidade Profissional	Sub-categorias									
	Profissionalismo	Trabalho	2	4,55	Responsabilidade	3	6,83	Trabalho	3	6,90
		Responsabilidade	2	4,55	Trabalho	2	4,55	Segurança	2	4,65
		Conhecimento	1	2,28	Ação	1	2,27	Atenção	1	2,33
		População	1	2,27	Atenção	1	2,27	Cuidado	1	2,33
		Segurança	1	2,27	Capacidade	1	2,27	Dedicação	1	2,33
		Seriedade	1	2,27	Cuidado	1	2,27	Execução	1	2,33
					Dever	1	2,27	Honestidade	1	2,33
					Disciplina	1	2,27	Responsabilidade	1	2,33
					População	1	2,27			
					Respeito	1	2,27			
				Segurança	1	2,27				
				Viajante	1	2,27				
			8	18,19		15	34,08		11	25,52
	Desvalorização Profissional	Pouco caso	1	2,27	Decepção	1	2,28	Aposentadoria	1	2,33
		Confusão	1	2,27	Desconhecimento	1	2,27	Baixo salário	1	2,33
		Indefinição	1	2,27	Desorientação	1	2,27	Carreira	1	2,33
					Preocupação	1	2,27	Desorganização	1	2,33
					Viagem	1	2,27			
			3	6,81		5	11,36		4	9,32
Polícia Sanitária	Fiscalização	3	6,82	Controle	5	11,36	Fiscalização	2	4,65	
	Controle	3	6,82	Fiscalização	2	4,56	Controle	2	4,65	
	Barreira	2	4,55	Risco	1	2,27	Poder	1	2,33	
	Risco	1	2,27	Orientação	1	2,27	Educação	3	6,98	
	Vigilante	1	2,27				Conscientização	1	2,33	
	Conscientização	1	2,27				Informação	1	2,33	
							Orientação	1	2,33	
							S/ informação	2	4,65	
			11	25,00		9	20,46		13	30,25

Fonte: Pesquisa direta, GARCIA, D.S.C. de, Porto Alegre, 2006

ANEXO - Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO

pro:pesq

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2005427

Título : Representações sociais sobre vigilância sanitária entre os trabalhadores da Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras no Estado do Rio Grande do Sul

Pesquisador (es) :

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
CLARICE MARIA DALL AGNOL	PESQ RESPONSÁVEL	clarice@adufrgs.ufrgs.br	33165421
DIRCIARA SOUZA CRAMER DE GARCIA	PESQUISADOR	dirciara.cramer@anvisa.gov.br	

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 40 , ata nº 61 , de 18/08/2005 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, sábado, 27 de agosto de 2005


José Roberto Goldim
Coordenador do CEP-UFRGS

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)