

# A descentralização da vigilância sanitária no município de Várzea Grande, MT (1998-2005)\*

Miriane Silva Marangon\*\*

João Henrique Gurtler Scatena\*\*\*

Ediná Alves Costa\*\*\*\*

**SUMÁRIO:** 1. Introdução; 2. Metodologia; 3. Resultados e discussão; 4. Conclusões.

**SUMMARY:** 1. Introduction; 2. Methodology; 3. Results and discussion; 4. Conclusions.

**PALAVRAS-CHAVE:** vigilância sanitária; política de saúde; Sistema Único de Saúde (SUS); descentralização; sistema nacional de vigilância sanitária.

**KEY WORDS:** health surveillance; health policy; Unified Health System (SUS); decentralization; national health surveillance system.

O município de Várzea Grande, MT, se habilitou à gestão plena da atenção básica e posteriormente à gestão básica ampliada, assumindo, em relação à vigilância sanitária (Visa), as ações de baixa e média complexidades. Este artigo descreve e analisa o processo de descentralização da Visa no município, a partir de um estudo de abordagem qualitativa, com análise de documentos e entrevistas. Dada a organização do serviço de Visa, observaram-se: deficiências estruturais; pouca evolução quali-quantitativa e pouco investimento em recursos humanos; desconhecimento acerca do uso dos recursos financeiros; desenvolvimento de ações desvinculado da

---

\*Artigo recebido em dez. 2007 e aceito em set. 2008.

\*\* Nutricionista, mestre em saúde coletiva, Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Grande e Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso. Endereço: Rua Jacarandás, quadra 05, 16 — Jardim Vista Alegre — CEP 78115-420, Várzea Grande, MT, Brasil. E-mail: mirianesm@hotmail.com.

\*\*\* Médico, doutor em saúde pública, docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Endereço: UFMT — Av. Fernando Corrêa da Costa s/n, Campus Universitário, CCBS III — Boa Esperança — CEP 78060-900, Cuiabá, MT, Brasil. E-mail: Jscatena@cpd.ufmt.br

\*\*\*\* Médica veterinária, doutora em saúde pública, docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Endereço: UFBA — Rua Basílio da Gama s/n — Canela — CEP 40110-040, Salvador, BA, Brasil. E-mail: edina@ufba.br

condição de gestão; ausência de planejamento e de avaliação das atividades realizadas. Em Várzea Grande, os efeitos esperados da descentralização, no que tange à Visa, ainda são pouco visíveis, e embora o trabalho tenha enfocado um município de porte médio do interior do Brasil, acredita-se que os resultados encontrados reproduzam-se amplamente nas centenas de municípios de porte semelhante. A situação observada realça a necessidade de maior apoio técnico e político da Visa estadual e da Anvisa, além de controle social, para alavancar os serviços locais de vigilância sanitária.

**The decentralization of health surveillance services in the city of Várzea Grande, MT, Brazil (1998-2005)**

The town of Várzea Grande, in the State of Mato Grosso, has adopted the full management of primary care (Gpab) and subsequently the extended management of primary care (Gpaba), and is in charge of the low and intermediate complexity procedures concerning health surveillance (Visa). This article describes and analyzes the process of decentralization of Visa in that town, based on a qualitative study of documents and interviews. Given the organization of the Visa services, this study detected: structural deficiencies; little growth (qualitative and quantitative) and investment in human resources; lack of understanding of the use of financial resources; development of activities unrelated to the managerial guideline; lack of planning and evaluation of the activities. In Várzea Grande, the expected effects from the decentralization concerning Visa are still not visible. Although the research has focused on a medium-sized town in the interior of Brazil, it is believed that the results may be widely seen in hundreds of municipalities with similar size. The situation reported emphasizes the need for better technical and political support both of the state (Visa) and the federal governments (Anvisa), besides social control to leverage the local services of health surveillance.

## 1. Introdução

A vigilância sanitária, como ação de controle sanitário de produtos e práticas relacionadas à saúde, remonta à Antiguidade. Sua evolução se deu à medida que avançaram os processos de urbanização e industrialização, e a necessidade da instituição de medidas para se evitar a propagação de doenças e proteger a saúde das populações e do trabalhador para não prejudicar o processo de acumulação.

A vigilância sanitária é a mais complexa subárea da saúde pública: além de atuar sobre um amplo conjunto de bens sociais representados em produtos, processos e serviços que são ao mesmo tempo fatores de risco e insumos de saúde, compete-lhe interferir nas relações sociais produção-consumo desses bens, como mediadora dos interesses sanitários diante dos interesses econô-

micos. Com frequência está submetida a pressões, até mesmo do próprio Estado (Costa, 2000, 2004, 2005a).

Como atividade de natureza regulatória, de relevância pública, as ações de vigilância sanitária são uma tarefa estatal indelegável e intransferível, já que suas ações se respaldam em fundamentos jurídicos e no poder de polícia no qual são investidos os profissionais de fiscalização. O desenvolvimento de tarefas baseadas em regulamentos técnicos e leis diferencia a vigilância sanitária das demais áreas da saúde, com relação ao exercício do poder de polícia, com o qual pode agir inclusive coercitivamente (Lucchese, 2001a). A Lei Federal nº 9.782/99 traz novas perspectivas em relação à ação regulatória do Estado no Brasil, por meio da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

A vigilância sanitária está estabelecida na Constituição Federal como competência do Sistema Único de Saúde, serviço de caráter prioritário por sua natureza essencialmente preventiva (Brasil, 1994a; Lucchese, 2001b). A regulamentação do Sistema Único de Saúde, pela Lei nº 8.080/90 (Brasil, 1990), traz também a inserção da vigilância sanitária como ação específica de saúde e parte integrante do SUS, além do estabelecimento de diretrizes, com destaque para a descentralização das ações de saúde para estados e municípios, posteriormente regulamentada pelas normas operacionais básicas (NOB) e da assistência à saúde (Noas).

O processo de descentralização da saúde passou por vários momentos de discussão frutificados nas NOBs 91, 92, 93 e 96. Com a NOB 96, e a transferência de recursos financeiros para a Visa, a partir de 1998, e a criação da Anvisa, em 1999, deu-se a descentralização da Visa para estados e municípios.

O processo predominante de descentralização no Brasil é do tipo político-administrativo, envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para as esferas estadual e municipal (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

Concebe-se descentralização como a incorporação, pelo município, da responsabilidade pela gestão da execução de parte ou de todas as ações de saúde aos seus municípios, dispondo de autonomia administrativa, técnica, financeira e política para tal, compartilhando a gestão e tornando-a mais próxima do cidadão, considerando suas necessidades e submetendo-se ao seu controle (Marangon, 2007).

A NOB SUS nº 01/96 (Brasil, 1996) estabelece como pré-requisito para habilitação do município a implantação ou implementação do serviço de vigilância sanitária com uma equipe mínima de trabalho; cria o PBVS (piso básico de vigilância sanitária), que é um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimento de ações básicas de Visa, de responsabilidade mu-

nicipal, transferido fundo a fundo, e o elenco de procedimentos definidos em negociação por meio da CIT. O piso de atenção básica (PAB), em sua parte variável, abrange incentivo às ações de Visa (Brasil, 1996). Assim, pela primeira vez, a Visa passaria a contar com repasses financeiros (Mato Grosso, 2001).

Algumas poucas pesquisas que analisam processos de descentralização das ações de Visa demonstram, de acordo com Juliano e Assis (2004), que existem diferentes modelos de descentralização, nos quais se observam avanços e/ou recuos em função de diferentes contextos, atores e cenários que os compõem, ressaltando que a ausência de projeto político para que o município assumira as ações de Visa leva ao desenvolvimento do processo ao sabor dos interesses dos atores sociais à frente das instituições.

Historicamente, a vigilância sanitária institucionalizada sempre apresentou pouca importância na estrutura do Ministério da Saúde (Lucchese, 2001a; Eduardo e Miranda, 2002; Souto, 2004; Costa, 2004) e demais níveis de governo. A sua existência, em especial nos municípios, sempre se pautou na necessidade de um serviço que verificasse minimamente as condições higiênico-sanitárias dos estabelecimentos, principalmente de alimentos, e/ou para dar respostas à população, em caso de situações emergenciais.

Quanto à produção de conhecimentos, a temática ainda não conseguiu despertar interesse (Souto, 2004; Lucchese, 2001a), havendo pouca produção técnico-científica e de formação de profissionais *lato sensu* e *stricto sensu* na área, apesar das grandes possibilidades que proporciona devido à multidisciplinaridade do campo e à natureza e diversidade de sua intervenção.

De qualquer forma, a evolução histórica de desenvolvimento da vigilância sanitária, especificamente como parte integrante do Sistema Único de Saúde, tem conduzido à incorporação de responsabilidades pelo serviço em âmbito local, por meio da descentralização das ações de saúde, já que todos os municípios brasileiros são responsáveis pela gestão do sistema municipal (Brasil, 2004). Isso acaba deflagrando necessidades e urgências no tocante à estruturação desses serviços, tanto em relação à sua capacidade organizativa e de funcionamento, como de gestão e alocação de recursos financeiros.

A descentralização das ações de Visa tem diferentes ritmos de evolução entre as unidades federadas, e Mato Grosso tem maior impulso no processo de descentralização das ações de saúde a partir da edição da Lei nº 8.080/90 e das NOBs nºs 91 a 93. Porém, os primeiros passos para descentralização da vigilância sanitária começam em 1994, com a edição da Portaria/MS nº 1.565 (Brasil, 1994b) que estabelece o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Nesse período ainda não há repasses financeiros para a Visa, o que só acontece com a publicação da NOB/96, implantada efetivamente em 1998.

Nesse momento, o processo é deflagrado em todo o estado, tendo à frente a Secretaria Estadual de Saúde/Coordenadoria de Vigilância Sanitária, que passa a arcar com a responsabilidade de repassar aos municípios as ações básicas que antes eram desenvolvidas pela equipe do nível central, de forma isolada ou compartilhada com regionais e/ou municípios.

No contexto destaca-se o município de Várzea Grande, o segundo maior do estado e que já possuía serviço de vigilância sanitária, desenvolvendo algumas ações desde a publicação das primeiras NOBs, oferecendo, em princípio, um cenário favorável ao processo de descentralização. Considerou-se relevante estudar o caso de Várzea Grande, para identificar e analisar quais foram as influências do processo de descentralização na capacidade organizativa e de funcionamento do serviço de Visa no município.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo de caso, do tipo exploratório e de abordagem qualitativa (Tobar e Yalour, 2001; Yin, 2001). Foi estudado o município de Várzea Grande, Mato Grosso, vizinho à capital Cuiabá, tendo como barreira limítrofe apenas o rio Cuiabá, compartilhando serviços, produtos e ambientes.

Os principais elementos que definiram a escolha desse município foram: importância e porte do município, o segundo em número de habitantes; sua habilitação a uma das formas de gestão, a plena da atenção básica ampliada; a existência de serviço de vigilância sanitária; localização mais próxima e acessível, o que facilitou a obtenção de informações, oriundas de documentos e de entrevistas. Essa seleção enquadra-se no tipo de amostragem por acessibilidade ou por conveniência (Gil, 1999). A análise abrange o período de 1998 (adesão à NOB/96) a 2005.

As fontes de dados foram documentos e entrevistas. Relatórios mensais e anuais da Visa, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e dos técnicos de vigilância sanitária; relatórios, legislações, entre outros, foram levantados em instâncias da estrutura organizacional da SMS de Várzea Grande. As entrevistas, realizadas com profissionais do nível gerencial e técnico, complementaram as informações obtidas nos documentos (Lakatos e Marconi, 1991).

A partir de leituras exaustivas dos documentos emergiram categorias analíticas e operacionais complementares (Minayo, 1998) que auxiliaram a análise do processo estudado. Sob o aspecto da organização e funcionamento do serviço de Visa municipal, sobressaíram-se dados ou informações, emergindo as seguintes categorias operacionais: estrutura (instalações, recursos

humanos, financeiros e materiais); planejamento, execução e avaliação das ações. As entrevistas permitiram identificar facilidades e dificuldades de incorporação e execução das ações de Visa.

Os dados ou informações encontrados, considerados importantes, referentes às categorias analíticas e operacionais em estudo, foram inseridos em uma matriz de análise, o que facilitou a compreensão/interpretação e análise dos dados. Paralelamente, as informações mais detalhadas foram digitadas em documento descritivo. Uma vez completos os dois documentos (matriz e texto descritivo), verificou-se quais informações estavam falhas, necessitavam de comprovação, busca documental ou complemento com entrevistas. As categorias operacionais da categoria analítica “facilidades e dificuldades” surgiram em sua maior substância após as entrevistas.

A análise de dados baseou-se na técnica de análise de conteúdo, segundo metodologia proposta por Bardin (1977). O levantamento, a coleta dos dados e a consequente análise dos conteúdos foram organizados em fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência/interpretação.

A proposta foi de captar e descrever o processo de descentralização no município, identificando a sua evolução em relação aos princípios de descentralização (autonomia técnica, política, financeira e administrativa); as dificuldades para sua implementação, além dos seus reflexos ao longo do período e na situação atual quanto ao processo de trabalho e aos recursos de que dispõe a Visa para o desenvolvimento das ações.

O conjunto dos dados pôde informar tanto as repercussões positivas da descentralização como os motivos de sua não implementação, em determinadas situações, além de demonstrar a capacidade de incorporação, pelo município, da responsabilidade pela gestão das ações de vigilância sanitária no seu âmbito de atuação.

### **3. Resultados e discussão**

Várzea Grande se localiza ao sul do estado de Mato Grosso, fazendo divisa com os municípios de Acorizal, Jangada, Santo Antonio do Leverger, Nossa Senhora do Livramento e Cuiabá. Possui 46 bairros e sua população estimada era de 248.728 habitantes em 2005, representando 8,9% da população do estado.

O controle sobre os produtos que ultrapassam os limites municipais deve ser realizado pelo nível estadual (níveis central e regional da SES). Várzea

Grande tem como parceiros de atuação os níveis estadual, regional e federal (Anvisa) que atua no Aeroporto Internacional Marechal Rondon.

### ***Organização da Visa***

A vigilância sanitária foi criada no final da década de 1980; posteriormente, mediante a Lei Orgânica do Município, em seu artigo nº 165, foi criada a Gerência de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.

Em 1998, após anos partilhando o espaço físico com os demais setores do nível central da SMS, a Gerência de Vigilância Sanitária e Epidemiológica foi dividida tanto administrativa quanto fisicamente, permanecendo separada até 2004, e ficando sempre instalada em locais com estrutura precária. Tal situação é semelhante às condições de outros serviços no país (Cohen, Moura e Tomazelli, 2004; Piovesan et al., 2005). A esse respeito um entrevistado comenta que, quando o espaço era insuficiente, os primeiros a serem deslocados eram os profissionais da equipe de fiscalização, porque aparentemente ficavam “parados”.

As mudanças não levaram em conta a dificuldade de acesso para a população que necessitava dos serviços de Visa. Isso pode ter contribuído para a diminuição da procura por esse serviço. O isolamento físico e institucional, já comentado por Costa e Souto (2001), denota que os gestores de saúde têm dado pouca importância ao serviço de Visa no cômputo dos serviços de saúde; têm pouco conhecimento sobre as competências da Visa como ação de saúde; pouca ou nenhuma preocupação quanto à necessidade de controle sanitário de produtos e serviços do município, e também quanto à integralidade do sistema, aspectos comentados por Garibotti, Hennington e Selli (2006).

Em 1998 o município pleiteou a habilitação na GPSM, mas não obteve êxito por não ter condições de cumprir os requisitos exigidos, ficando automaticamente habilitado na gestão plena da atenção básica pela NOB/96, na qual se comprometia a desenvolver todas as ações básicas de saúde, incluindo as de Visa. Em 2003, habilitou-se na gestão plena da atenção básica ampliada (Noas/02), responsabilizando-se também pela realização de ações de média complexidade em vigilância sanitária.

As mudanças administrativas derivadas da descentralização em curso e mesmo a habilitação à Gpaba não repercutiram na organização e funcionamento do setor, ressaltando-se que os dirigentes do serviço e a equipe técnica sequer tiveram conhecimento desse processo (E5). Comparando-se a realidade

de estrutural de outros serviços de Visa, confirma-se a proposição de Cohen e colaboradores (2004) de que os diferentes contextos nos quais os municípios estão inseridos (político, social, econômico e cultural) é que vão caracterizar suas dificuldades e fragilidades, independente de seu porte.

Em 2004 acontece uma reorganização administrativa com a criação da Superintendência Técnica e da Diretoria de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, às quais fica subordinada a vigilância sanitária. Da reorganização resulta a reunificação administrativa da vigilância sanitária e epidemiológica e a ascensão de divisão para gerência de Visa. Salienta-se que nessa reorganização administrativa, a ação de saúde do trabalhador foi transferida para outra diretoria. Em Várzea Grande, o modelo de atenção à saúde na forma de vigilância em saúde não se instalou tal qual aconteceu em outras unidades da Federação, ficando a vigilância ambiental em outra diretoria.

Em fevereiro de 2005, ocorreu a reanexação física à Secretaria Municipal de Saúde, mas a equipe de Visa foi alojada em um espaço pequeno, improvisado e inadequado.

Verificou-se que mesmo estando ligada administrativamente e compartilhando do mesmo espaço físico que a vigilância epidemiológica, a Visa não utilizava os dados produzidos por aquela para subsidiar suas ações no município, fato também apontado por Piovesan e colaboradores (2005).

### ***Caracterização dos recursos humanos***

Quando a Visa foi criada, no final da década de 1980, contava com um profissional de nível superior e três a quatro de nível médio, que basicamente trabalhavam em atendimento a denúncias sobre criação de animais em área urbana e problemas relacionados à falta de saneamento básico. Deu-se uma evolução no número e categoria dos profissionais de nível médio e superior, durante o período estudado (tabela 1).

Verifica-se que, numericamente, a equipe praticamente se manteve a mesma. Foi incrementada nos anos de 2004 e 2005, posteriormente à criação da Diretoria de Vigilância Sanitária e Epidemiológica. Em relação às categorias profissionais, percebe-se o mesmo quadro durante quase todo o período: nutricionista, engenheiro sanitário, assistente social, profissionais de nível médio (fiscais e agentes administrativos) e motorista.

O quadro de recursos humanos é formado por funcionários estáveis de nível superior e médio, se contrapondo à situação apresentada nas pesquisas de Juliano e Assis (2004); Cohen (2004); e Garibotti, Hennington e Selli

(2006), que demonstraram a existência de grande rotatividade e instabilidade nos quadros funcionais de vários municípios. Apesar disso, em Várzea Grande ainda não existe o cargo de técnico de Visa de nível superior; o exercício do poder de polícia sanitária é dado mediante lotação funcional, sem formalização legal.

Tabela 1  
Distribuição de profissionais na Visa, segundo categoria, no período de 1998 a 2005 – Várzea Grande, 2006

Categoria profissional	Número de profissionais							
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Engenheiro sanitarista*	1	2	2	2	2	2	2	2
Nutricionista	–	1	1	1	1	1	1	2
Farmacêutico	1	–	–	1	1	1	1	2
Assistente social	1	1	1	1	1	1	1	–
Médico do trabalho	–	–	–	–	–	–	1	–
Enfermeiro	–	–	–	–	–	1	1	1
<b>Total de nível superior</b>	3	4	4	5	5	6	7	7
Agente de fiscalização de nível médio <sup>1</sup>	6	8	5	5	6	7	9	13
Agente administrativo	2	1	1	1	1	1	2	2
Digitador	–	–	–	–	1	1	1	1
Serviços gerais	1	–	–	–	–	–	–	1
Motorista	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Total de nível médio</b>	10	10	7	7	9	10	13	18
<b>Total de funcionários</b>	13	14	11	12	14	16	20	25

Fonte: SMS Várzea Grande, 2000; SMS Várzea Grande, 2001; relatórios mensais e anuais de 1998 a 2005, consolidados trimestrais e anuais, entrevistado E7.

\* Um desses profissionais tem ocupado o cargo de chefe/gerente durante todo o período.

<sup>1</sup> Nomenclatura descrita nos relatórios para denominar o profissional de Visa no município. O cargo existente é o de fiscal sanitário de nível médio.

Entre 1997 e 1998, a Visa contou com três capacitações importantes, visando, além da descentralização das ações, o suporte técnico aos profissionais: Curso de Especialização em Visa, e dois cursos para os técnicos de nível médio: Técnico em Vigilância Sanitária e Ambiental e Curso em Ações de Visa de Baixa Complexidade (SMS/VG, 2000). Para um entrevistado, a partir da realização do

curso de especialização, a equipe adquiriu maior segurança na realização das atividades e conseqüentemente o serviço de Visa teve maior impulso.

Nos anos 2004 e 2005, deu-se relevante investimento da Visa/SES em cursos na área de saúde do trabalhador, ressaltando-se o curso de especialização para três funcionários da SMS Várzea Grande (um técnico da Visa e outros dois do nível central). Apesar disso, com a mudança na estrutura organizacional da SMS, as atividades de saúde do trabalhador saíram da Visa e passaram para a Diretoria de Atenção Básica.

Constatou-se a ausência da Visa/SES na supervisão e avaliação dos investimentos em capacitações, bem como ausência de sanções aos municípios que insistem em não cumprir com os requisitos acordados. O retorno de ações, como as de saúde do trabalhador, do nível municipal para o estadual, além de um retrocesso, pode incorrer em que um município do porte de Várzea Grande mantenha-se dependente, acomode-se e não busque a autonomia no desenvolvimento de suas ações.

As capacitações foram em sua maioria ofertadas pela Visa/SES e Anvisa, com pouca participação da gestão municipal na qualificação dos profissionais, confirmando o apresentado por Garibotti, Hennington e Selli (2006). O fato de as definições acerca das capacitações restringirem-se, em sua maioria, ao nível federal incorre na não percepção das necessidades e do processo de descentralização em curso no nível local na definição dos temas abordados, situação já comentada por Costa (2005b). Mesmo estando habilitado na Gpaba e sendo responsável pela execução de ações de média complexidade, o município foi capacitado a inspecionar apenas cinco dos 31 tipos de estabelecimentos passíveis de inspeção. De qualquer forma, todos os técnicos foram capacitados em alguma área durante o período.

Apesar do incremento no número de profissionais de Visa e de constatar nos planos municipais de saúde, nas deliberações das conferências municipais e nos documentos assinados para habilitação aos pleitos de gestão, não se verificou a existência, na prática, de uma política municipal de formação e qualificação de pessoal de Visa, o que é fundamental para a efetividade das ações (Garibotti, Hennington e Selli, 2006). Tanto na SMS quanto na própria Visa não foram estabelecidos critérios para indicação de técnicos para capacitação e nem foi mantido um banco de informações sobre as capacitações já realizadas, o que impossibilita a percepção das necessidades por área e por profissional, dificultando o direcionamento de novas capacitações.

Mesmo com a definição de uma equipe mínima e capacitada que as Visas municipais devem dispor para executar as ações, a compreensão sobre a

necessidade de multidisciplinaridade e de capacitação contínua é pouco perceptível pela maioria dos gestores, conforme afirma Siqueira (2001). Apesar do incremento numérico na equipe da Visa, os profissionais de nível superior são poucos e de apenas três áreas de formação, o que tem dificultado a execução de várias ações de média complexidade, principalmente em estabelecimentos de saúde.

Com relação a recursos materiais, as dificuldades sempre foram perceptíveis, incluindo as instalações em que a Visa desenvolvia suas atividades quando separada fisicamente da SMS. A inexistência, entre 1998 e 2003, de uma linha telefônica no serviço de Visa do segundo maior município do estado caracteriza a fragilidade na infra-estrutura desse serviço (SMS/Visa/VG 2000; SMS/VG 2000).

Um suporte importante, mesmo que insuficiente para a execução de todas as ações, foi a destinação de um automóvel específico para a Visa, desde 1998 (SMS/Visa/VG 2000).

Como Várzea Grande não dispõe do recurso do TAM e os demais recursos não têm aplicação no serviço, esse município apresenta situação precária no fornecimento de recursos materiais, se equiparando à maioria dos municípios do Brasil (Cohen, Moura e Tomazelli, 2004; Piovesan et al., 2005), apesar de ser perceptível certa melhoria após a reanexação da Visa à SMS.

### ***Recursos financeiros***

A transferência para o município, em 1998, da arrecadação proveniente da licença sanitária municipal foi considerada um marco importante no processo de descentralização que, junto com a transferência do montante do PAB/Visa ainda naquele ano, poderia levar à maior autonomia na execução e implementação das ações (Várzea Grande, 1998).

Os recursos financeiros da Visa no período, provenientes do Ministério da Saúde e da arrecadação da licença sanitária, são apresentados na tabela 2. Ressalta-se que os recursos provenientes das licenças sanitárias saltam de 12% (1998) para 30,5% (2005), um incremento substancial que caracteriza uma contribuição significativa desse tipo de arrecadação no total de recursos da Visa, apesar de ainda derivar apenas de demanda espontânea por licenciamento.

Tabela 2  
**Recursos para a Visa, segundo origem, 1998 a 2005 –  
 Várzea Grande, 2006**

Ano	Incentivo ações básicas Visa	Licenças	Total
1998	37.732,68	5.134,87	42.867,55
1999	52.235,08	14.158,98	66.394,06
2000	53.608,80	8.550,00	62.158,80
2001	55.315,26	22.843,62	78.158,88
2002	55.456,20	35.157,72	90.613,92
2003	56.337,48	19.235,87	75.573,35
2004	57.391,16	13.741,24	71.132,40
2005	57.933,96	25.464,60	83.398,56
Total	426.010,62	144.286,90	570.297,52

Fonte: Relatório anual 2004; relatório da Gerência de Visa Várzea Grande/janeiro/05; MS, 2006.

Obs.: Para a construção desta tabela foram utilizados os dados consolidados encontrados nos relatórios da Visa (PAB Visa + licenças), dos quais foram subtraídos os valores repassados pelo Ministério da Saúde anualmente, encontrando-se os valores anuais arrecadados em licenças sanitárias.

Segundo um entrevistado, os recursos da SMS para a Visa são, basicamente, na forma de salários, e os valores mensais do PAB/Visa (R\$ 4.827,83)<sup>1</sup> têm sido acumulados, o que inclusive permitiu a troca do carro da Visa.

Com relação ao repasse de recursos (PAB e licenças) consideráveis, eles têm ficado diluídos entre outros, tendo sido pouco investidos no custeio das ações da Visa. Tal situação reforça as afirmações de Piovesan e colaboradores (2005); Cohen, Moura e Tomazelli (2004); Juliano e Assis (2004), de que a maioria das Visas não têm seus recursos aplicados no serviço, o que impede a obtenção de benefícios profissionais e materiais. Tais fatos caracterizam, além da falta de autonomia no gerenciamento desses recursos por parte das Visas, a ausência de auditoria e avaliação dos órgãos responsáveis como Visa/SES, Anvisa, além dos auditores do Ministério da Saúde e o Conselho Municipal de Saúde.

Para um entrevistado, tal situação deriva também da conduta de alguns profissionais de Visa:

<sup>1</sup> Extrato do Fundo Municipal em 5 de março de 2006.

A gente percebe que a Visa tem sérias dificuldades de se mostrar necessária ao sistema de saúde, e anteriormente surgiram várias situações que denegriam a imagem do fiscal, a gente tem comprovado (...). Infelizmente generalizou... Ele (o gestor) tem obrigação, ele assinou compromisso de desenvolver as ações, mas financeiramente não dá apoio, é uma coisinha aqui e ali.

Outro aspecto importante foi a falta de transparência no uso dos recursos financeiros, já que não houve, ao longo do período, a participação dos profissionais de Visa nas decisões sobre sua aplicação, situação semelhante à apresentada por Garibotti, Hennington e Selli (2006).

Verificou-se que a questão da autonomia na utilização dos recursos não está relacionada simplesmente ao repasse, mas à posição do gestor em direcionar ou não esses recursos para o serviço ou tornar participativa a decisão sobre sua aplicação.

### ***Atividades desenvolvidas pelo serviço de Visa de Várzea Grande***

Na análise de dois planos de saúde, 1997-2000 e 2002-2005, verificou-se a ênfase dada à vigilância sanitária como prioridade na área da promoção e proteção à saúde, já na prática não encontrou correspondência, pois não se verificou posteriores análises, avaliações ou mesmo inserções de temas da Visa nas discussões acerca da situação da saúde do município.

Nos planos havia pouca referência ao processo de descentralização das ações de Visa. Contudo, em ambos foram estabelecidas algumas diretrizes, que não foram postas em prática, o que caracterizou, inclusive, ineficiência do controle social e/ou falta de vontade política.

As ações/atividades, atualmente, são realizadas em função da demanda espontânea, o que não acontecia no período anterior a 1998, quando a Visa realizava inspeções programadas. A partir daquele ano, com a cobrança da taxa de licenciamento sanitário, passou-se a trabalhar apenas com os que a pagavam (SMS/VG, 2000), levando à não inclusão de importantes áreas, problemáticas e geralmente periféricas, sem qualquer intervenção de poder público, como apontado por Piovesan e colaboradores (2005).

Com a habilitação do município à Gpaba pela Noas/02, em 2003, houve o comprometimento, por meio da assinatura do termo de adesão, de que a Visa passaria a desenvolver também as ações de média complexidade. Mas essa informação não foi dada à equipe, inclusive à gerência, não havendo também qualquer tipo de supervisão ou cobrança, pelo nível estadual, da

execução dessas ações. Na verdade, a habilitação do município às distintas condições de gestão pouco representou para o serviço, que continuou a desenvolver as ações que já vinha desenvolvendo e incorporando outras em função de capacitações ou por iniciativa própria da equipe de técnicos de nível superior.

O fato de que em nenhum dos dois momentos de habilitação a equipe teve conhecimento desse processo, nem das novas ações que deveriam ser desenvolvidas, denota mais uma vez a pouca importância dada pelos gestores à área de Visa nesse processo, conforme já afirmaram Garibotti, Hennington e Selli (2006).

Assim, analisando-se as ações/atividades desenvolvidas pela Visa Várzea Grande, constatou-se a não vinculação entre o desenvolvimento de suas ações e o processo de descentralização desencadeado no estado, situação similar aos resultados obtidos por Cohen, Moura e Tomazelli (2004). Quando da habilitação à Gpab (1998), o município tinha um setor administrativo específico de Visa, condições técnicas e já desenvolvia a maioria das ações de baixa complexidade; quando da habilitação à Gpaba (2003), também já eram executadas algumas inspeções de média e de alta complexidade. Posteriormente à última habilitação, não foi incorporada mais nenhuma nova atividade de média complexidade.

As principais atividades da Visa de Várzea Grande, no período estudado, são apresentadas na tabela 3. Na construção da tabela foram selecionadas todas as ações descritas nos relatórios, que têm um padrão similar, mas não igual e, portanto, os termos foram acrescentados, tais como utilizados nos relatórios. Por isso, percebeu-se duplicidade de sentido em algumas nomenclaturas. Pouco ou nada é referido nos relatórios em relação à produção técnico-normativa; educação sanitária, planejamento, avaliação e divulgação das ações desenvolvidas.

Ressalta-se que poucas vezes o número de estabelecimentos licenciados (ou seja, dentro dos padrões higiênico-sanitários) aproximou-se do número de notificações. Chama-se a atenção para o ano 2002: considerando os 447 renovados e 223 novos cadastrados, num total de 670 estabelecimentos-alvo de inspeção, apenas 223 (33,3%) foram licenciados, o que é um dado de alerta importante, que sugere que muitos estabelecimentos naquele momento estavam em más condições de funcionamento, ou a equipe não teve condições técnico-operacionais para finalizar as inspeções em um número tão grande de estabelecimentos. Esse tipo de análise não foi feito em nenhum momento pela equipe.

Tabela 3  
**Atividades/ações desenvolvidas pela Visa de Várzea Grande, no período de 1998 a 2005 – Várzea Grande, 2006**

Atividade <sup>1</sup>	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Estabelecimentos notificados	475	1148	334	360	366	302	311	495
Estabelecimentos cadastrados	189	299	4	246	223	177	118	354
Estabelecimentos licenciados	189	299	114	126	223	292	215	273
Auto de infração	4	–	4	8	5	2	1	36
Coleta de alimentos	105	24	5	5	11	1	9	–
Coleta de água	99	51	60	162	97	44	82	199
Termos de apreensão/interdição	–	–	–	4	–	–	–	52
Recebimento de denúncias	105	190	191	120	81	20	45	60
Denúncias solucionadas	53	125	138	–	–	–	–	–
Inspeção em drogarias <sup>2</sup>	–	3	14	56	3	21	5	87
Cadastramento odontológico	–	78	27	25	–	–	–	–
Autos de inspeção*	–	–	2	159	102	121	272	645
Autos de vistoria*	–	–	–	47	9	–	–	–
Termos de compromisso	–	–	–	6	1	7	8	–
Inspeções noturnas*	–	–	–	–	17	30	13	124
Auto de interdição	–	–	1	8	1	–	5	19
Renovação de estabelecimentos	–	–	–	–	447	82	–	–

Fonte: Relatórios mensais, anuais e consolidados anuais de 1998 a 2005.

\* Termos que correspondem a inspeções.

<sup>1</sup> Optou-se por não apresentar os dados referentes às apreensões devido à falta de consolidação nos relatórios mensais e anuais do período estudado, além da grande variação na apresentação de unidades.

<sup>2</sup> Os dados de notificações de drogarias, anteriores a 2001, são referentes apenas a apreensões de medicamentos.

Apesar da evolução quantitativa no quadro de recursos humanos e das capacitações realizadas, não se percebeu uma evolução na quantidade de ações desenvolvidas pela Visa Várzea Grande, provavelmente relacionada às precárias condições de infraestrutura e processo de trabalho, situação já apresentada por Juliano e Assis (2004), Cohen, Moura e Tomazelli (2004) e Piovesan e colaboradores (2005).

A preparação técnica da equipe por meio das capacitações representou o maior avanço para a Visa Várzea Grande no contexto da descentralização,

de forma similar ao apresentado pela Anvisa (2000). Havendo capacitações, mesmo sem incremento nas condições estruturais do serviço, pode-se até supor uma melhoria qualitativa, mas não quantitativa das ações realizadas.

Chama atenção a diminuição no número de duas importantes ações da Visa: análises de alimentos e denúncias feitas pela população. Em relação à primeira, foi dito em alguns relatórios que o laboratório teria passado por reformas, paralisando temporariamente suas atividades, porém tal fato não justificaria número tão pequeno de amostras de alimentos durante tanto tempo.

Quanto às denúncias, verificou-se o decréscimo contínuo no número (105 em 1998 e apenas 60 em 2005). Tal dado tem relevância para análise, pois o atendimento a denúncias sempre foi um dos “carros-chefes” do serviço de vigilância sanitária. Provavelmente, as frequentes mudanças de sede, o longo período sem linha telefônica própria, a demora nas respostas, além da transferência de algumas ações para outras secretarias (obras, serviços públicos, agricultura, ambiente) poderiam estar refletindo a pouca procura pelo serviço; ou ainda, a população desconhecia ou pouco confiava no serviço da Visa municipal.

Percebeu-se que muito ainda falta para que o município corresponda às necessidades da população, em termos de controle e monitoramento de produtos e serviços sujeitos à Visa. O decréscimo quantitativo de ações importantes e a não atuação em áreas mais periféricas do município caracterizaram um desvio dos objetivos primeiros da Visa, qual seja, a promoção e proteção à saúde e prevenção de agravos, aspectos já discutidos amplamente por Costa (2004) e Lucchese (2001a).

Poucas foram as contribuições do município, em relação à normatização e produção de materiais técnicos, ficando na dependência dos produzidos pela Visa/SES, também escassos, ou pela Anvisa. Em relação aos instrumentos legais, base de atuação das visas, citam-se três produções relevantes do município: o código sanitário, a norma técnica nº 001/98 e a norma técnica para academias de ginástica e congêneres, os dois primeiros utilizados como base para o desenvolvimento das ações da Visa em Várzea Grande. Apesar disso, há necessidade da utilização de normas estaduais e principalmente federais, como subsídio ao código municipal, ainda que a grande maioria delas não se enquadre às especificidades locais.

Em relação à educação em saúde, não havia rotina estabelecida para esse tipo de atividade. Os poucos eventos dos quais a equipe participou foram atendimentos a solicitações feitas pela comunidade, que talvez caracterizasse alguma aproximação com educação em saúde e divulgação das ações de Visa.

Considera-se essencial que as ações de Visa, além de registradas, sejam divulgadas, pois mesmo sendo importante, o serviço tem que se “mostrar” importante. Verificou-se que a prática do registro das informações em Várzea Grande, apesar de estabelecida, tem derivado mais do interesse pessoal do que institucional e constatou-se que muitos dados estavam disponíveis, porém não havia análise da implicação desses dados na evolução do serviço, nem sua transformação em informações. Além disso, tais dados não têm sido levados ao conhecimento dos usuários do serviço, dos próprios funcionários da saúde e da população em geral. Se “a Visa é o SUS que ninguém vê”, menor visibilidade ela terá se não houver divulgação de seus resultados, como referido por Piovesan e colaboradores (2005).

Considerando as ações que a Visa deveria desenvolver e a atuação mais direcionada às inspeções, como também constataram Piovesan e colaboradores (2005), era de se esperar maior evolução nessa área. Porém, tal direcionamento deixou em descoberto outras ações também importantes para o desenvolvimento e melhoria da qualidade do serviço prestado. No caso, ações de normatização, educação em saúde e divulgação das ações desenvolvidas, além de outras, consideradas rotineiras em momentos anteriores, como o monitoramento de produtos. Todas essas ações, que fazem parte do rol de responsabilidade da Visa municipal, têm ficado relegadas a um segundo plano em função do dia a dia das ações de inspeção. O conjunto articulado de todas essas ações de Visa aumenta consideravelmente a possibilidade de uma ação de prevenção à saúde ser mais efetiva.

Por vários momentos a equipe traçou algumas metas e/ou tentativas de planejamento/programação que se expressaram na forma de planos de ação ou apenas como propostas resultantes de discussões da equipe. Todavia, não se percebeu qualquer menção ao processo de descentralização em curso (exceto a cobrança da taxa de Visa) e à necessidade de readequação do serviço dele decorrente.

Analisando-se as propostas para o desenvolvimento das ações de Visa, verificou-se a repetição dos mesmos temas em três anos (2001, 2002 e 2003), e como principais: cadastramento de novos estabelecimentos, inspeção de 100% dos cadastrados, prioridade no atendimento de denúncias, monitoramento da qualidade de alimentos e água, elaboração de normas técnicas, capacitação de recursos humanos, entre outros. Contudo, não se identificou qualquer processo de avaliação (Visa/VG 2001, 2003).

Chama atenção o início das PPIs (programação pactuada integrada de vigilância em saúde), a partir de 2005, que vinham com programações prontas dos níveis federal e estadual, inclusive com os percentuais que deveriam ser

cumpridos pelo nível municipal, refletindo a total falta de autonomia e democratização nas decisões que envolviam o município.

Apesar de necessária, a prática de planejamento não se estabeleceu como rotina, tanto no serviço de Visa como na própria Secretaria Municipal de Saúde. Muito pouco do que se propôs foi realizado. A partir desse diagnóstico inferiu-se que as ações foram e são realizadas em função da demanda por licenciamento sanitário ou por decisões internas pessoais ou de grupos, mas sem estudo de viabilidade, estabelecimento de metas e sem obrigatoriedade de avaliação.

Segundo os entrevistados, a avaliação não tem feito parte da rotina da Visa Várzea e nem mesmo da própria SMS. O único momento em que houve avaliação das ações de Visa foi em 2000, na I Avaliação de Serviços da SMS de Várzea Grande. A equipe de Visa elaborou e apresentou um relatório no qual descrevia seus problemas e necessidades (SMS/VG, 2000). A avaliação foi feita com muita dificuldade e ainda assim não trouxe melhorias ou evolução para o serviço. O que se faz atualmente é um consolidado das ações realizadas, apresentado tardiamente (em março), quando o ano já está em curso.

A ausência da prática do planejamento ou no mínimo da programação, como um instrumento para melhorar o funcionamento do serviço e a eficiência e efetividade das ações, incorre em uma desarticulação intra e extrasetorial, pois não viabiliza, conforme apresentado por Piovesan e colaboradores (2005), o suporte da análise das situações de risco, de dados epidemiológicos, sociais e econômicos, nem a correlação com os contextos político e social do território. Também não são estabelecidas prioridades a partir de diagnóstico da realidade, nem são utilizados os recursos disponíveis de forma organizada. Há necessidade urgente, perceptível pelas entrevistas, de se estabelecerem formas ou espaços de escuta (Garibotti, Hennington e Selli, 2006) e participação das equipes que querem ser ouvidas e influir nas decisões e deliberações acerca do serviço.

### ***Controle social***

Em relação ao controle social, verificou-se, pelas atas, que poucos temas sobre a área de Visa foram discutidos no Conselho Municipal de Saúde. Entre eles destacam-se: aprovação da Portaria nº 001/97 e da portaria das academias de ginástica; e a aprovação da realização da I Plenária de Visa em 2001, de realização obrigatória, para subsidiar discussões das conferências estadual e nacional de vigilância sanitária.

Assim, percebeu-se que os temas de Visa, inclusive em relação ao processo de descentralização em curso, tiveram pouca relevância para discussão junto ao Conselho Municipal de Saúde, apesar de em determinados momentos haver conselheiros pertencentes ao serviço de vigilância. Pouco foi discutido sobre questões de promoção e prevenção, em especial em relação à vigilância sanitária, até porque provavelmente tal serviço não se fez apresentar.

### ***Fatores facilitadores e dificuldades no processo de descentralização***

Entre as facilidades do processo de descentralização foram citadas as capacitações e o bom relacionamento com a SES (nível central). Além disso, o fato de o serviço contar com uma equipe de funcionários concursados e, segundo os entrevistados, comprometida com o serviço.

Já as dificuldades apresentadas ao longo do período foram citadas reiteradamente nos relatórios anuais e foram tomadas medidas em diferentes graduações. Tais dificuldades dizem respeito: às precárias condições de infraestrutura; recursos humanos e materiais; não aplicação de recursos financeiros no serviço; interferências políticas com predominância de interesses particulares sobre o coletivo; falta de apoio político dos gestores (SMS/VG, 2000; SMS/Visa/VG, 2004). Tais dificuldades também foram apontadas nos trabalhos de Juliano e Assis (2004) e Garibotti, Hennington e Selli (2006).

Poucos, mas importantes avanços foram observados no período de estudo, ressaltando-se o aumento da equipe de Visa de nível médio, especialmente em 2004 e 2005, e a capacitação de todo o corpo técnico. Analisando o processo de descentralização, a capacitação de pessoal foi a grande conquista para o município, e mesmo que ela não tenha resultado em aumento significativo no número de atividades, pode provavelmente ter melhorado a qualidade das ações.

A situação verificada em Várzea Grande talvez decorra de uma estruturação, ao longo do tempo, construída num contexto político clientelista, patrimonialista e antidemocrático, onde o papel exercido pelos profissionais de saúde sempre foi secundário, com pouco comprometimento de sucessivas gestões com a saúde da população e com a evolução e fortalecimento do sistema de saúde no município. Sob a perspectiva da vigilância sanitária, tudo isso faz com que Várzea Grande, apesar de seu porte e importância, assemelhe-se a pequenos municípios de estados mais desenvolvidos do país, estudados por Cohen, Moura e Tomazelli (2004), ou talvez até se encontre em pior situação que outros municípios de menor porte dentro do próprio estado.

#### 4. Conclusões

O processo de descentralização e habilitação do município de Várzea Grande às condições de gestão pouco representou para o serviço de Visa, que manteve as ações que já desenvolvia e incorporou algumas novas em decorrência das capacitações ou por iniciativa própria da equipe de nível superior. No entanto, o município não assumiu a maioria das ações de média complexidade, estabelecidas como sua responsabilidade a partir da habilitação à Gpaba. Tal situação caracteriza desvinculação do rol de ações desenvolvidas com o tipo de gestão a que foi habilitado.

Um conjunto de deficiências de infraestrutura permanece no serviço, mesmo após a reincorporação da Visa às instalações da SMS. Apesar de a implementação das ações de Visa constar como uma das prioridades nos planos municipais de saúde, ainda hoje ela não foi posta em prática e tal situação não tem sido considerada relevante para ensejar discussões no Conselho Municipal de Saúde.

Os efeitos esperados da descentralização ainda são pouco visíveis no município de Várzea Grande. Mesmo com capacitação da equipe técnica e aporte de recursos, permanecem profundas deficiências com poucos sinais de evolução. Isso permite inferir que inexistente interesse na evolução desse serviço naquele município, pois as condições de trabalho e de estrutura fornecidos pela SMS continuam as mesmas de anos atrás, o que também desestimula a equipe e dificulta a operacionalidade das ações.

Embora o trabalho tenha focado um município de porte médio do interior do Brasil, acredita-se que os resultados encontrados reproduzam-se em grande número das centenas de municípios de porte semelhante, país afora. Tais fatos realçam a necessidade de maior envolvimento do controle social, maior apoio técnico e político por parte da Visa SES e da Anvisa, que tem entre suas competências coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, para alavancar a estruturação dos serviços locais de Visa. Isso tudo de acordo com as necessidades de saúde da população e os princípios e diretrizes do SUS, para que a Visa fique, de certa forma, salvaguardada daquelas administrações que, comumente, não valorizam e/ou não incentivam esse serviço.

#### Referências bibliográficas

ANVISA. *Desenvolvimento e organização das ações básicas de vigilância sanitária em municípios brasileiros a partir da implantação do PAB/Visa: um estudo exploratório.*

Belo Horizonte, 2000. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/descentralizacao/acoes.pdf](http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/descentralizacao/acoes.pdf)>. Acesso em: 4 set. 2005.

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

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, n. 182, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055-9.

\_\_\_\_\_. In: LUZ, Valdemar P. da (Org.). *Constituição da República Federativa do Brasil*. 2. ed. Porto Alegre: Sagra, DC Luzzato, 1994a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.565, de 26 de agosto de 1994. *Diário Oficial da União*, n. 165, Brasília, DF, 29 ago. de 1994b. Seção 1, p. 12963.

\_\_\_\_\_. Portaria MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. *Diário Oficial da União*, n. 216, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Seção 1, p. 22932-40.

\_\_\_\_\_. Portaria MS nº 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2004/GM/GM-2023.htm>>. Acesso em: 6 set. 2005.

COHEN, M. M.; MOURA, M. L. O.; TOMAZELLI, J. G. Descentralização das ações de vigilância sanitária nos municípios em gestão plena, Estado do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. de Epidemiologia*, v. 7, n. 3, p. 290-301, 2004.

COSTA, E. A. Conceitos e área de abrangência. In: ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 41-48.

\_\_\_\_\_. *Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde*. 2. ed. São Paulo: Sobravime, 2004.

\_\_\_\_\_. *Vigilância sanitária e proteção da saúde*. Bahia, 2005a. Disponível em: <[www.saude.ba.gov.br/conferenciaST2005/cdrom/CD%20colet%C3%A2nea%20leis%20e%20textos/Artigos/25.doc](http://www.saude.ba.gov.br/conferenciaST2005/cdrom/CD%20colet%C3%A2nea%20leis%20e%20textos/Artigos/25.doc)>. Acesso em: 6 maio 2006.

\_\_\_\_\_. Conhecimento e formação profissional em vigilância sanitária. *Revista*, v. 1 n. 2, p. 141-146, 2005b.

\_\_\_\_\_; SOUTO, A. C. Formação de recursos humanos para a vigilância sanitária. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, n. 25, p. 91-107, nov. 2001.

DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE VÁRZEA GRANDE (VISA/VG). *Elaboração de propostas de ações a serem desenvolvidas para o ano de 2001*. Várzea Grande, MT, 2001.

\_\_\_\_\_; *Propostas de ação para 2003*. Várzea Grande, MT, 2003.

EDUARDO, M. B. P.; MIRANDA, I. C. (Orgs.). *Vigilância sanitária*. São Paulo: Fundação Peirópolis, 2002.

GARIBOTTI, V.; HENNINGTON, E. A.; SELLI, L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 5, p. 1043-1051, 2006.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

JULIANO, I. A.; ASSIS, M. M. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). *Ciência Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 493-505, 2004.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Metodologia científica*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LUCCHESI, G. *Globalização e regulação sanitária*. Os rumos da vigilância sanitária no Brasil. 2001a. Tese (Doutorado) — Ensp/Fiocruz, Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_. *A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde*. Brasília, 2001b. Disponível em: <[www.anvs.com.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo2\\_texto05.pdf](http://www.anvs.com.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo2_texto05.pdf)> + geraldo+lucchese>. Acesso em: 2 mar. 2006.

MARANGON, M. S. *Análise do processo de descentralização da vigilância sanitária nos municípios de Cuiabá e Várzea Grande, Mato Grosso, entre 1998 e 2005*. 2007. 176 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. *Municipalização da vigilância sanitária de Mato Grosso*. Cuiabá, MT, 2001.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

PIOVESAN, M. F. et al. Vigilância sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. *Rev. Bras. de Epidemiologia*, v. 8, n. 1, 2005.

SECRETARIA MUNICIPAL DE VÁRZEA GRANDE (SMS/VG). *Avaliação das ações desenvolvidas pela equipe de Visa da SMS 1997 a 2000*. Várzea Grande, MT, 2000.

\_\_\_\_\_. Divisão de Vigilância Sanitária. *Relatório de avaliação entre 1998 e 2000*. Várzea Grande, MT, 2000.

\_\_\_\_\_. Divisão de Vigilância Sanitária. *Relatório anual de 2004*. Várzea Grande, MT, 2004.

SIQUEIRA, J. C. M. Gestão em vigilância sanitária. In: CAMPOS, F. E.; WERNECK, G. A. F.; TONON, L. M. (Orgs.). *Cadernos de Saúde 4: vigilância sanitária*. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. p. 55-62.

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

TOBAR F.; YALOUR M. R. *Como fazer teses em saúde pública*. Conselhos e idéias pra formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

VÁRZEA GRANDE. Decreto nº 03, de 1998. Dispõe sobre a cobrança da taxa de licença sanitária. Várzea Grande, MT, 1998.

YIN, R. K. *Estudo de caso — planejamento e métodos*. 2. ed. São Paulo: Bookman, 2001.