

Estratégias de apoio às políticas públicas de saúde.

A experiência do projeto Remédio em Casa*

Strategies of support to public health policies - the remedy in the house project experience

Estrategias de ayuda a las políticas sanitarias públicas - la experiencia del proyecto remedio en la casa

*Janaina Machado Simões***

*Maria Gabriela Monteiro****

RESUMO: O projeto Remédio em Casa é uma iniciativa da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro que tem como objetivo a entrega domiciliar de medicamentos para hipertensos e diabéticos no intuito de otimizar o controle clínico e contribuir com o gerenciamento, o controle epidemiológico e a avaliação das políticas públicas de saúde. Tendo por base um estudo bibliográfico, documental e de campo realizado em 2005, o presente artigo tem por objetivo apresentar uma análise dessa experiência de apoio às políticas públicas de saúde. Além do fato do projeto ser uma estratégia inovadora no país – tanto na sua concepção e flexibilidade quanto nos seus efeitos sobre a saúde pública, a cidadania e a gestão pública –, fatores como a possibilidade de replicação e adaptabilidade do projeto e sua capacidade de auto-sustentabilidade demonstram a relevância da iniciativa.

DESCRITORES: Políticas Públicas de saúde, Dispensação de medicamentos, Saúde pública

ABSTRACT: The project Remedy in the House is an initiative of Rio de Janeiro City Hall that aims to implement domiciliary medicine delivery for diabetes and hypertension patients intending to optimize clinical control and contribute to the management, the epidemiological control and the evaluation of public health policies. Having as its basis a bibliographical, documentary and field study carried through in 2005, the present article aims to present an analysis of this experience of support to public health policies. Besides the fact that the project is an innovative strategy in the country – both in its conception and flexibility and in its effect on public health, citizenship and the public administration –, factors like the project's capacity of response and adaptability and its capacity of self-sustainability demonstrate the relevance of the initiative.

KEYWORDS: Public health policies, medicine delivery, public health

RESUMEN: El Proyecto Remedio en la Casa es una iniciativa de la prefectura de Río de Janeiro que busca promover la entrega domiciliar de remedios a los pacientes de diabetes e hipertensión que se prepone a optimizar el control clínico y contribuir a la gerencia, al control epidemiológico y a la evaluación de las políticas sanitarias públicas. Teniendo como su base un estudio bibliográfico, documental y de campo realizado en 2005, el presente artículo busca presentar un análisis de esta experiencia de ayuda a las políticas sanitarias públicas. Además del hecho de que el proyecto es una estrategia innovadora en el país – tanto en su concepto y flexibilidad como en su efecto sobre salud pública, la ciudadanía y la administración pública –, factores como la capacidad la respuesta y la adaptabilidad del proyecto y su capacidad de auto-sustentabilidad demuestran la importancia de la iniciativa.

PALABRAS-LLAVE: Políticas sanitarias públicas, entrega de remedios, salud pública

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 pela Constituição Federal e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde em 1990 (Leis n. 8080/90 e n. 8.142/90) é um plano de saúde pública cujos três grandes pilares são a universi-

dade, a integralidade e a equidade de atenção. Grandes avanços foram alcançados ao longo dos dezessete anos de consolidação desse sistema, porém o Brasil ainda enfrenta grandes dificuldades de universalidade e acesso ao serviço público de saúde. Principalmente diante da profunda desigualdade socioeconômica exis-

tente no país. Nos grandes centros urbanos a desigualdade em saúde é mais acentuada. O município do Rio de Janeiro, com uma população superior a 6 milhões de habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005), vem sofrendo ao longo dos anos uma grave crise no sistema público de saúde.

* O presente artigo é fruto do relatório técnico de visita de campo elaborado para a avaliação 2005 do Prêmio Gestão Pública e Cidadania do Programa Gestão Pública e Cidadania da EAESP/FGV.

** Mestranda em Administração Pública pela Ebape/FGV. Pesquisadora do Observatório da Realidade Organizacional da Ebape/FGV. Professora do curso de Administração das Faculdades São Camilo – RJ.

*** Mestranda em Administração Pública pela Ebape/FGV.

Diante dos complexos problemas enfrentados pela saúde pública municipal, e das denúncias de precárias condições dos hospitais e postos de saúde, de falta de remédios e de má qualidade de atendimento, a crise teve seu ponto culminante. Em maio de 2005, com a intervenção do Governo Federal na Política Pública de Saúde e a requisição dos hospitais federais municipalizados, recomeçaram as discussões a respeito das causas, responsabilidades, impactos e possíveis soluções para a crise.

Um dos grandes desafios enfrentado pelo município do Rio de Janeiro e pelos grandes centros urbanos é o alcance limitado dos programas de saúde e a dificuldade de dispensação farmacêutica. Nesse contexto, torna-se imprescindível a busca por estratégias que contornem alguns dos principais problemas supracitados. Cada vez mais são necessárias e urgentes iniciativas inovadoras que proporcionem eficácia às políticas públicas de saúde e, conseqüentemente, permitam maior inclusão social, atendendo assim aos princípios do SUS.

Com esse interesse, a prefeitura do Rio de Janeiro, por meio da SMS, criou no ano de 2002 o projeto *Remédio em Casa*, cujo objetivo central é, através da entrega domiciliar de medicamentos para hipertensos e diabéticos em fase de manutenção de sua terapia farmacológica, aumentar a aderência ao tratamento e otimizar o controle clínico, contribuindo para a redução da morbimortalidade cardiovascular e cerebrovascular.

O *Remédio em Casa* é uma ferramenta de dispensação farmacêutica que serve ao programa de hipertensão e diabetes, por serem esses os agravos de maior razão de causa mortis e que geram os grandes déficits em consultas. A estratégia do projeto é pioneira no país e, além da dispensação farmacêutica,

contribui consideravelmente com o gerenciamento, o controle epidemiológico e a avaliação das políticas públicas de saúde.

Um breve contexto das políticas públicas de saúde do Brasil

A Constituição de 1988, ao consagrar a cidadania e a dignidade humana como direitos fundamentais, eleva à condição de relevância pública as ações e serviços de saúde, à medida que ordena ser a saúde um direito fundamental do homem. Esse mandamento constitucional estabelece que:

a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Constituição Federal, 2004)

Para assegurar esse direito, a Constituição criou o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema público descentralizado integrado pelas três esferas de governo e que aponta para a saúde como o requisito básico para o exercício pleno da cidadania. O SUS, segundo Barata, Tanaka e Mendes (2003), se diferencia das empresas do setor privado de saúde por atender a todos os cidadãos e em qualquer grau de complexidade do atendimento, pois tem entre seus princípios doutrinários, estabelecidos em bases constitucionais e legais: (a) o *direito universal à saúde* – todos os cidadãos fazem jus ao sistema, independentemente de qualquer contribuição financeira prévia; (b) o *atendimento integral à saúde* – é a articulação de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, necessários para efetivamente melhorar

os níveis de saúde da população; (c) a *equidade* – reconhecimento das diferenças existentes nas necessidades de saúde, quer regionais ou individuais, com desenvolvimento de ações objetivando a justiça social, de forma a reduzir a exclusão e beneficiar prioritariamente aqueles que possuem as piores condições de saúde.

Além desses princípios, o SUS possui também diretrizes legais, que indicam a “arquitetura” do sistema no Brasil e que incluem: a descentralização, com direção única em cada esfera de Governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da população na formação e acompanhamento das políticas do sistema.

Com a descentralização, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) ganharam ampla liberdade e autonomia para focar os problemas de saúde próprios de suas respectivas áreas de abrangência. Elas se tornaram as principais responsáveis pela prestação de serviços de saúde e conseqüentes mobilização, alocação e gerenciamento de recursos físicos, humanos e financeiros na área da saúde.

Passados dezessete anos do surgimento do Sistema Único de Saúde, pôde-se observar grandes avanços e dificuldades nos diversos âmbitos estratégicos para sua implantação, sendo que um dos principais avanços se encontra no âmbito da descentralização. Segundo Levcovitz et al. (2001), o acelerado processo de descentralização no Brasil na década de 1990 foi do tipo político-administrativo, envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidade, poder e recursos de esfera federal para a estadual e municipal.

A municipalização da gestão dos serviços foi, segundo Arre-

tche (2002), o elemento central da agenda de reformas do governo federal na área da saúde ao longo da década de 1990. Sem dúvida, esta foi uma década marcada por grandes avanços na área de saúde. Porém, não se havia encontrado ainda uma saída para a dificuldade de financiamento vivida pelo Sistema Único de Saúde praticamente desde sua criação.

Como mais uma tentativa de enfrentar a crise de financiamento do SUS, foi aprovada no final de 2000 a Emenda Constitucional n. 29 (EC 29), que estabeleceu a vinculação de recursos para ações e serviços públicos de saúde para os três níveis de governo. Segundo o Ministério da Saúde (2005b), a EC 29 propôs enfrentar tanto as dificuldades referentes aos recursos destinados à saúde tradicionalmente insuficientes e inferiores aos alocados em diversos países, quanto a necessidade de estabilização do financiamento de modo a se evitar a descontinuidade de ações, serviços e investimentos. Esse instrumento permitiu que a previsão constitucional de responsabilidades compartilhadas fosse efetivamente concretizada.

No que se refere à composição dos gastos, a introdução do PAB (Piso de Atenção Básica), responsável por alterar a lógica de repasse de recursos federais para o sistema de prestação de ações médico-sanitárias, se constitui, segundo Bodstein (2002, p. 406), como “uma medida decisiva na perspectiva da descentralização financeira do sistema de saúde no Brasil, incentivando os municípios a assumirem progressivamente a gestão da rede básica de serviços de saúde”. O resultado é que, a partir de 1998, as transferências para a atenção básica mais que duplicaram seu valor, passando de 1,8 bilhões, em 1998, para mais de 5 bilhões em 2004 (Brasil, Minis-

tério da Saúde, 2005a). Para Bodstein (2002), a importante inovação trazida pelo PAB está no incentivo de redirecionar uma parcela dos recursos federais para o custeio de procedimentos básicos em atenção primária, em uma clara tentativa de organizar a porta de entrada da rede municipal de saúde.

Já a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é um poderoso mecanismo de indução utilizado pelo governo federal para priorizar a atenção básica (Bodstein, 2002). Criado em 1994, incorporando a experiência anterior do PACS, a institucionalização do PSF ganha evidência significativa com a aprovação da NOB/96, que enfatiza a implantação do PSF, explicando ser ele parte de um conjunto de medidas e iniciativas que visam o fortalecimento da Atenção Básica, segundo os princípios e diretrizes do SUS (Marques, Mendes, 2002).

Segundo Bodstein (2002), esses incentivos são cruciais para os municípios mais pobres e inteiramente dependentes dos repasses federais, já que eles apresentam capacidade técnica limitada para planejar, organizar e montar uma estrutura de serviços. Já os municípios maiores e com maior capacidade técnica reivindicam maior autonomia na aplicação dos recursos, mas são igualmente dependentes dos repasses federais. A Constituição de 1998 estabelece que “o SUS deveria ser um sistema descentralizado e hierarquizado, cabendo ao município a responsabilidade de prestar atendimento à população, e à União e aos estados a cooperação técnica e financeira necessária ao desempenho dessa função” (Arretche, 2003). Porém, os autores alegam que a concentração das funções de financiamento no governo federal implica que as políticas dos governos locais

são fortemente dependentes das transferências do ministério, no qual também, está concentrada a autoridade para formular as regras que definem as ações de saúde de estados e municípios.

Um dos grandes avanços da descentralização consiste na criação de mecanismos institucionalizados em que diferentes atores sociais podem influir no processo de formulação e implementação da política de saúde. Nesse sentido, a criação de Consórcios Intermunicipais de Saúde, presente na Noas (2001), tem se apresentado em diversas regiões do país, segundo Marques e Mendes (2002), “como o instrumento mais utilizado para a implementação do processo de municipalização da saúde e pode estar se constituindo na forma de racionalização na qual se encaixa o modelo de atenção à saúde”. Na opinião de D’Ávila et al (2002), as Normas Operacionais não expressam meramente estratégias indutivas ou constrangedoras da descentralização, elas são responsáveis pela criação de espaços de negociação e de pactuação de interesse na área de saúde e contribuem para a emergência e fortalecimento de novos atores, por meio da incorporação de inúmeros centros de poder na arena decisória da política.

A descentralização, em situação de permanente déficit de democracia e de responsabilidade com a gestão pública, constitui um pré-requisito para o fortalecimento da cidadania e do controle social (Bodstein, 2002). Nesse sentido, a criação dos Conselhos de Saúde nas diversas instâncias de gestão do sistema, indica uma nova institucionalidade e a ampliação do espaço e da agenda pública. Esses Conselhos de Saúde foram a grande inovação da década de 1990, pois se vê uma proliferação dos Conselhos Municipais de Saúde em todo o Brasil. Com mais vigor na segunda metade

da década, foram instalados Conselhos em quase todas as unidades da Federação. Porém, a tradição de participação e de cultura cívica é apontada por Labra e Figueiredo (2002) como grande problema para o funcionamento dos Conselhos de Saúde. Segundo os autores, o exercício do controle social sobre a gestão da res publica na saúde foi o objetivo primordial que se teve em mente ao idealizar os Conselhos de Saúde. Já quanto a questão da paridade, Gohn (2003, p. 92), argumenta que “ela não é uma questão apenas numérica, mas de condições de uma certa igualdade no acesso a informações, disponibilidade de tempo etc.”.

Nesse sentido, os Conselhos de Saúde são vitais no apoio ao desenvolvimento de políticas públicas e de incremento da participação cívica, além de abrirem espaço para as questões de informação qualificada e de comunicação de massa. A segmentação social e as enormes desigualdades de acesso à informação vigentes no Brasil são uma dificuldade, mas atestam a necessidade de se caminhar nessa direção”.

Verifica-se assim, que grandes avanços foram introduzidos na política de saúde a partir da segunda metade da década de 1990, com a consolidação do processo de descentralização/municipalização. O modelo de descentralização setorial na saúde, no que se refere ao esforço permanente do governo central pela indução e regulação do processo, na opinião de D’Ávila et al (2002), pode ter pouco impacto nos indicadores de oferta e acesso aos serviços, tendo em vista os agudos conflitos de ordem federativa num contexto de restrição fiscal e de infelizmente herança de desigualdades econômicas e sociais. Souza (2002) investiga os resultados da descentralização em dois aspectos: o primeiro referente à tendência ao maior envolvimento

dos governos locais na prestação de serviços sociais, e o segundo referente ao debate se a descentralização aumentou o poder de segmentos da sociedade local antes excluídos do processo decisório. Porém, segundo Gawryszewski (1993), realizar a descentralização dos serviços de saúde sem concomitantemente aumentar a capacidade de decisão local (autonomia) e o controle (participação), não representa a seu ver uma real distribuição de poder. Sendo assim, o autor sugere as seguintes hipóteses: o processo de descentralização só pode ocorrer quando o Estado tem características descentralizadoras; a autonomia local é uma das condições básicas no processo de democratização da sociedade; e, por fim, a participação do cidadão deve atuar como principal interface entre o processo de descentralização e o de autonomia local.

O Sistema Público de Saúde e a crise da saúde no município do Rio de Janeiro

Nesse percurso de 17 anos do SUS muitos avanços foram alcançados, mas também, muitos desafios e limitações. Especialmente num país como o Brasil, com as profundas desigualdades socioeconômicas que ainda o caracterizam, o acesso aos serviços e aos bens de saúde, com conseqüente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário, permanece com graves lacunas. Com suas responsabilidades ampliadas e diversificadas, muitos municípios enfrentam grandes crises na área de saúde. Pode-se destacar a atual crise no sistema de saúde do município do Rio de Janeiro.

A crise de saúde no Rio de Janeiro é conseqüência das precárias condições dos hospitais públicos administrados pela prefeitura desse município. Com o agravamento da

situação dos hospitais, o Ministério da Saúde adotou uma medida de intervenção na saúde do Rio de Janeiro. Foi decretado pelo Governo Federal, no dia 11 de março de 2005 no Diário Oficial da União, estado de calamidade pública na rede hospitalar da cidade e foi requisitada para o Ministério da Saúde a administração de seis dos hospitais públicos do Rio de Janeiro, antes administrados pela Prefeitura. O ministério atuou também com mutirão de cirurgia, fornecimento de medicamentos, compras emergenciais, contratação de funcionários, circulação de um maior número de ambulâncias e instalação de um hospital de campanha.

Aproximadamente um mês depois da intervenção, o Supremo Tribunal Federal (STF) determinou seu fim imediato nos hospitais municipais Souza Aguiar e Miguel Couto — com as unidades federais permanecendo sob a responsabilidade da União — a pedido do prefeito do município e em nome do pacto federativo.

Em reunião no dia 20 de junho, foram acertados os últimos detalhes do acordo (iniciado em maio) entre Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e Ministério da Saúde, após várias tentativas e dois meses de intervenção federal. Ficou acordado que o Ministério da Saúde iria reassumir os quatro hospitais federais municipalizados, repassar ao município R\$ 135 milhões pela reposição de 1.594 servidores federais afastados nos cinco anos de municipalização, providenciar em até três anos a substituição dos servidores municipais lotados nas unidades reassumidas e repassar R\$ 17,8 milhões do Qualisus para complementar obras e investir em equipamentos nos hospitais municipais. A cargo da prefeitura do Rio acordou-se: ampliar a Saúde da Família para 180 equipes até o

fim deste ano e mais 80 equipes no ano que vem; implantar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).

A intervenção federal e o acordo entre a SMS e Ministério da Saúde amenizaram o caos na saúde do Rio, mas evidenciaram importantes nós do Sistema Único de Saúde, sobretudo nas capitais e regiões metropolitanas do país: a falha na adoção das políticas de Atenção Básica à Saúde e a não inclusão de políticas públicas de saúde para a região metropolitana. Atualmente está sendo acordada uma Comissão Metropolitana de Saúde de forma a obter uma gestão compartilhada. Essa Comissão é composta pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e os municípios da Região Metropolitana.

Metodologia

O estudo do projeto *Remédio em Casa* foi realizado durante o ano de 2005, sendo que as visitas de campo ocorreram em agosto do mesmo ano. A pesquisa desenvolvida foi classificada de acordo com a taxionomia apresentada por Vergara (2004) que se baseia em dois critérios: quanto aos fins e quanto aos meios.

Quanto aos fins, a pesquisa foi descritiva, no momento em que se buscou expor as principais características do projeto, sua estrutura e formas de gerenciamento. O estudo foi também explicativo, no sentido em que foi realizada uma análise sobre o projeto, de forma a avaliá-lo de acordo com a inovação, os impactos sobre a cidadania e as possibilidades de replicação e sustentabilidade que proporciona.

Já quanto aos meios, a pesquisa aqui desenvolvida foi bibliográfica, pois se baseou em materiais já publicados pelo projeto e na área

de políticas públicas. O trabalho também foi documental, já que buscou dados em relatórios externos e internos e clipping de jornais e revistas que envolvessem o projeto. Por fim, a pesquisa foi também de campo, onde se procurou captar os discursos dos participantes do projeto, por meio de entrevistas semi-estruturadas, e verificar sua forma de funcionamento, por meio de observações.

As principais fontes de dados que embasaram a pesquisa foram: (a) Sites da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e busca de possíveis replicações do Projeto; (b) relatórios internos e prestações de contas do Projeto; (c) clipping de notícias de jornais referentes ao projeto e às políticas de saúde no Rio de Janeiro; (d) referencial teórico a respeito das políticas públicas de saúde; (e) entrevistas semi-estruturadas, observações e conversas com gestores, funcionários e beneficiários.

No planejamento da pesquisa de campo, procurou-se identificar os sujeitos que seriam selecionados para entrevistas, sendo estes: (a) coordenação local do projeto; (b) representantes da prefeitura; (c) representantes das organizações envolvidas; (d) colaboradores de todos serviços; (e) usuários do projeto. Buscou-se ainda, ao longo da pesquisa bibliográfica, documental e de campo, verificar alguns aspectos para posterior análise do projeto: (a) objetivos, metas e resultados alcançados; (b) custos, recursos e auto-sustentabilidade; (c) relação com a sociedade civil, cidadãos e os agentes públicos e parcerias; (d) gerenciamento; (e) inovação; (f) adaptabilidade do projeto; (g) impacto sobre a cidadania; (h) principais pontos fortes e fracos.

Para uma maior compreensão do projeto convencionou-se dividir o presente texto em tópicos, nos

quais serão apresentadas a contextualização, a descrição, a análise e a avaliação do projeto, conforme poderá ser verificado a seguir.

Projeto Remédio em Casa

A implantação

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte na população adulta do Brasil, bem como na maioria dos países. A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são dois dos principais e mais prevalentes fatores de risco controláveis para doenças cardiovasculares, necessitando de controle e seguimento por toda a vida, a maior parte dos casos com o uso contínuo de medicamentos. Para atender a esses pacientes crônicos, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RIO) desenvolveu os programas de hipertensão arterial e diabetes mellitus, que está em seu 20º ano de implementação.

Ao inscrever um cidadão/paciente em um programa de doenças crônicas, a SMS, como parte integrante do SUS, teria que assumir o compromisso da integralidade de sua assistência, inclusive a garantia de fornecimento ininterrupto e gratuito dos medicamentos necessários à manutenção de seu controle tensional e glicêmico. Porém, muitas são as limitações que impedem seja feito esse controle – seja por parte da SMS, como a falta de recursos e dificuldade de gerenciamento, ou pela descontinuidade do tratamento farmacológico por parte dos pacientes.

O impacto dessas descontinuidades na área da atenção às doenças crônicas e cardiovasculares repercute diretamente em mais atendimentos de emergência, internações, procedimentos de alta complexidade, mortalidade, absenteísmo, inca-

pacidade precoce e, naturalmente, maiores custos para o sistema de saúde para as instâncias governamentais, além de contribuir para o descrédito da instituição pública de saúde e dos governos.

O *Remédio em Casa* é uma iniciativa pioneira da SMS-RIO na área da assistência farmacêutica à hipertensão arterial e ao diabetes. O objetivo desse projeto é o de, por meio da entrega domiciliar de medicamentos para pacientes hipertensos e diabéticos em fase de manutenção de sua terapia farmacológica, contribuir para uma maior adesão ao tratamento e a um melhor controle clínico. Em médio prazo (cinco a dez anos) pretende-se ter um impacto na morbidade e mortalidade cardiovascular e cerebrovascular, as principais causas de morte na população do Rio de Janeiro.

O *Remédio em Casa*, criado inicialmente para atender ao programa de hipertensão e diabetes, teve sua concepção iniciada em janeiro de 2002. Começou com um projeto piloto em 10 unidades da rede. Considerando que a cidade do Rio de Janeiro tem uma divisão administrativa em dez Áreas de Planejamento (AP's), optou-se por selecionar uma unidade de saúde em cada área para participar do projeto piloto. A premissa básica para essa opção foi considerar o fato de que para o projeto ser executado cada unidade de saúde precisa ser informatizada, e a SMS-RIO não dispunha de recursos financeiros para informatizar todas as unidades ao mesmo tempo. A partir de agosto de 2002 iniciou-se a segunda fase, com a implantação de mais de 32 unidades a cada 6 meses. Utilizaram-se critérios de priorização para inclusão de novas unidades por risco social e cardiovascular de suas clientela, tais como as unidades da zona oeste e de comunidades carentes das demais AP's e treina-

mento das equipes de operadores, médicos e supervisores locais e regionais. No final de 2003, concluiu-se a implantação do *Remédio em Casa* em todas as 109 unidades da rede básica da SMS-RIO participantes dos programas de hipertensão e diabetes.

Em 2004 iniciou-se a quarta fase, que é a implantação do *Remédio em Casa* nos Programas de Saúde da Família (PSF's). A partir de então, o crescimento do *Remédio em Casa* acompanha o crescimento do PSF na rede municipal de saúde, compartilhando computadores, linhas telefônicas e operadores, além de incrementar e valorizar a atuação dos agentes comunitários de saúde. A interface do *Remédio em Casa* com o PSF potencializa a atuação dos dois programas, racionaliza custos de implantação e operação e valoriza a participação local através de agentes comunitários de saúde.

Estruturação e serviços oferecidos pelo projeto

A central de gerenciamento do *Remédio em Casa* situa-se na SMS-RIO junto às instalações do programa de hipertensão e diabetes. No entanto, o projeto se desenvolve em 112 unidades da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro (109 postos de saúde e três PSFs), no qual são oferecidos os programas de hipertensão e diabetes. Cada unidade de saúde está equipada com um computador ligado em rede com a central e com as demais unidades e um operador do sistema responsável pelo *Remédio em Casa*. Os programas de hipertensão e diabetes atenderam em julho de 2005 a mais de 400 mil pacientes. Além das consultas periódicas com médicos clínicos, os programas oferecem consultas multidisciplinares (com nutricionista, assistente social, psicólogo, entre outros) e ações educativas individuais e de grupo.

O público-alvo do *Remédio em Casa* corresponde em seu atual estágio aos 400 mil hipertensos e diabéticos em tratamento regular nos respectivos programas da rede SMS-RIO. Como beneficiários imediatos da remessa domiciliar, estão os hipertensos e/ou diabéticos, com níveis tensionais e/ou metabólicos controlados, em fase de manutenção do tratamento farmacológico, com drogas definidas e doses estáveis. Desses 400 mil hipertensos e diabéticos em tratamento, estima-se que em torno de 75% a 80% já estejam em fase de manutenção. Para os casos em início de tratamento ainda sem estabilização clínica, e nos quais ainda não está evidenciada a adesão às rotinas e atividades dos programas, preserva-se a dispensação habitual de medicamentos na farmácia da unidade. Também os pacientes aguardando a chegada de suas remessas recebem na unidade medicamentos para 10 a 15 dias de consumo. Portanto, nunca se atingirá o índice de 100% dos pacientes recebendo o *Remédio em Casa*, pois sempre vai haver um grupo que estará fora do projeto, seja por estar começando o tratamento ou por ser descontrolado.

O processo para o usuário ser cadastrado no Projeto *Remédio em Casa* segue os seguintes passos: (a) chegada do paciente ao posto de saúde para uma consulta médica; (b) o paciente é inscrito no programa de hipertensão e diabetes; (c) o médico faz a receita eletrônica, com o medicamento a ser utilizado e a periodicidade, ficando as informações armazenadas em rede nos sistemas da SMS; (d) o médico marca a próxima consulta – caso o paciente falte à consulta, as remessas são interrompidas até que este retorne ao acompanhamento médico; (e) faz-se o cadastro do paciente, que é enviado pelo sistema à empresa encarregada pela entrega; (f) o pa-

ciente passa a receber em casa o seu medicamento, até que volte para a consulta já agendada, o que deve fazer para que siga recebendo os seus medicamentos em casa.

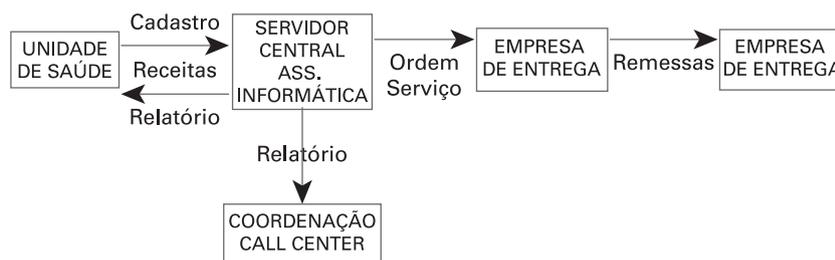
Assim, segundo um de seus gestores, o projeto oferece toda comodidade e conforto aos seus beneficiários, que precisam tomar diariamente seus remédios controlados. Por outro lado, o projeto facilita a liberação das agendas médicas e abre uma porta de entrada para a capacitação de outros pacientes, além de liberar os beneficiários

para que possam freqüentar grupos educativos e/ou serem atendidos por psicólogos, assistentes sociais e outros da equipe multidisciplinar dos programas de hipertensão e diabetes. A Figura 1 apresenta o fluxograma do projeto *Remédio em Casa*. Tal figura permite uma melhor visualização do processo para a inclusão do paciente no projeto. Ainda não existe de fato uma coordenação de call-center, sendo os responsáveis pelo recebimento e avaliação dos relatórios os próprios gestores do projeto.

tabagismo, hábitos alimentares e estímulo ao aumento da atividade física), além de anúncios sobre eventos locais ou gerais, tais como Campanha Nacional de Vacinação. Trata-se de uma espécie de mala direta, cujas mensagens poderão ser direcionadas para clientela específica, selecionadas por unidade de origem, sexo, faixa etária, doenças etc. Percebe-se portanto que é uma caixa multifuncional, e não apenas um invólucro que servirá somente para o transporte do remédio.

O *Remédio em Casa* é uma estratégia que pode ser utilizada para qualquer outro programa de doença crônica. Uma das metas do projeto é de, até o final do ano de 2005, ampliar para medicamentos de uso contínuo em cardiologia, tais como antitrombóticos, para insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, anti-arrítmicos e redutores do colesterol.

Figura 1. Fluxograma básico das atividades do projeto Remédio em Casa



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2005

Vale salientar que a entrega dos medicamentos foi feita pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos até junho de 2005. Nessa data fez-se uma licitação na qual os Correios perderam para uma empresa particular que ofereceu menor preço, e que passou a ser contratada para a entrega dos medicamentos do projeto. O tempo médio de chegada das remessas ao paciente tem sido em torno de 7 dias úteis, porém, devido à troca de empresa houve um pequeno atraso na entrega de medicamentos. A taxa de devolução de remessa tem sido em torno de 2,5% do total de remessas enviadas. Além dos funcionários da empresa de entrega, encontra-se também na sede da empresa uma equipe de farmacêuticos e administradores contratados pela SMS-RIO. O estoque e armazenamento dos medicamentos ficam no núcleo da empresa. Esse

núcleo está formalmente licenciado conforme as exigências da Vigilância Sanitária e possui Certificado de Regularidade emitido pelo Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro. A dinâmica operacional ali implantada permite a agilidade e segurança das atividades, com rígido controle dos estoques e checagem final de cada remessa pelo farmacêutico antes de ser lacrada e expedida.

Nesse núcleo são geradas as etiquetas auto-adesivas contendo informações sobre o destinatário e detalhes relacionados à prescrição/remessa a ser atendida. São impressas quatro etiquetas auto-adesivas que são coladas nas caixas de papelão personalizadas pela SMS-RIO. Há um campo, em uma das etiquetas, que tem sido usado para mensagens de promoção de saúde (alerta sobre os males do

Gerenciamento do projeto

O gerenciamento do Remédio em Casa fica a cargo da SMS-RIO, e devido a uma reestruturação da secretaria passou por uma mudança de coordenação em junho de 2005, o que aparentemente não afetou o funcionamento do projeto, que funciona independente da atuação do Ministério de Saúde e dos outros programas de saúde. Vale ressaltar que mesmo com o sistema de saúde do Rio de Janeiro passando por grave crise, a atuação do projeto não se vê alterada. O que se observa é que a estratégia de Remédio em Casa proporciona aos outros programas um melhor gerenciamento e controle e uma ampla gama de informações para oferecer mais e melhores ferramentas para a tomada de decisão a respeito das políticas públicas de saúde.

Quanto aos gastos, o projeto é financiado apenas por recursos municipais, com verbas da saúde. Com

Quadro 1. Síntese da estimativa de custos de 2006 a 2009

| | | | | |
|----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Hidroclorotiazida 25 | 962.338,96 | 1.058.572,86 | 1.164.430,14 | 1.280.873,16 |
| Atenolol 50 | 924.828,43 | 1.017.311,28 | 1.119.042,40 | 1.230.946,64 |
| Atenolol 100 | 112.395,98 | 123.635,57 | 135.999,13 | 149.599,04 |
| Enalapril 10 | 2.867.474,28 | 3.154.221,71 | 3.469.643,88 | 3.816.608,27 |
| Nifedipina Retard 20 | 595.515,36 | 655.066,90 | 720.573,59 | 792.630,94 |
| Hidralazina 25 | 1.490.802,72 | 1.639.882,99 | 1.803.871,29 | 1.984.258,42 |
| Glibenclamida 5 | 253.038,72 | 278.342,59 | 306.176,85 | 336.794,54 |
| Metformina 850 | 191.141,87 | 210.256,06 | 231.281,67 | 254.409,83 |
| Total | 7.397.563,32 | 8.137.289,96 | 8.951.018,95 | 9.846.120,84 |
| Demais Materiais | | | | |
| Caixa 2 | 1.800.000,00 | 1.980.000,00 | 2.178.000,00 | 2.395.800,00 |
| Etiquetas | 252.000,00 | 277.200,00 | 304.920,00 | 335.412,00 |
| Valor da entrega domicílio | 2.475.000,00 | 2.722.500,00 | 2.994.750,00 | 3.294.225,00 |
| Total | 4.527.000,00 | 4.979.700,00 | 5.477.670,00 | 6.025.437,00 |
| Valor Total | 11.924.536,32 | 13.116.989,96 | 14.428.688,95 | 15.871.557,84 |

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2005)

base em estimativas, apresentamos no quadro 1 a síntese dos custos do projeto para os anos de 2006 a 2009.

A União participa com o envio de dois medicamentos, dos cinco que fazem parte do tratamento de pacientes hipertensos e diabéticos. Houve uma tentativa de acordo para um possível envio dos demais medicamentos pela União, porém não se obteve sucesso. Um dos gestores do projeto alega que caso a União não envie os remédios de sua obrigação, a SMS-RIO ficará responsável pela compra, sem prejuízo para os beneficiários do projeto.

A participação da sociedade civil ocorre apenas na entrega dos medicamentos em áreas de risco, nas quais se faz parcerias com as Associações de Moradores e igrejas. Quanto a estas, o projeto *Remédio em Casa* ainda não possui parcerias consolidadas com órgãos públicos ou privados. A alternativa de incluir a estratégia de *Remédio em Casa* no PSF e PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), mesmo que ainda incipiente, reforça o vínculo desses com sua clientela.

Um outro ponto de destaque é que a exigência de informatiza-

ção das unidades de saúde para a implantação do *Remédio em Casa* possibilitou equipar todas as unidades de saúde com computadores e operadores próprios. Os relatórios gerados pelo projeto fornecem um grande suporte gerencial. Hoje é possível avaliar e cruzar informações antes não alcançadas, permitindo maior eficiência das políticas públicas de saúde.

Principais resultados e limitações

Dos resultados alcançados percebe-se uma redução média do abandono ao tratamento de 39,43% para 28,86% ($p < 0,0001$) em 72 unidades com o projeto implantado há mais de dois anos. Outro resultado que demonstra melhoria para o Projeto aponta para o descongestionamento das unidades mais desenvolvidas, resultado da diminuição do grande contingente de pacientes que compareciam mensalmente para revalidar suas receitas e receber novas cotas mensais de medicamentos e que não mais precisam fazê-lo.

Os médicos atuantes nos programas de hipertensão e diabetes

das unidades mais adiantadas na implantação do *Remédio em Casa*, ao comprovarem a segurança e confiabilidade do sistema concebido a partir de suas prescrições já começam a alongar o perfil do agendamento de retorno de seus pacientes em fase de manutenção. Isto tem gerado, mesmo sem aporte de novos recursos humanos, um pequeno incremento na oferta de consultas à demanda de novos casos. Em algumas unidades básicas que também contam com posto de urgência/emergência 24 horas, a ocorrência de crises hipertensivas tem sofrido redução em mais de 50%, e um sistema de monitoramento específico de atendimento a emergências hipertensivas, acidentes vasculares encefálicos e síndromes coronarianas agudas está sendo montado na nova estrutura da SMS.

Cabe salientar que o projeto *Remédio em Casa* não se propõe a substituir a atividade habitual dos serviços de farmácia das unidades da rede, que continuarão a dispensação regular de medicamentos para outras doenças, além dos próprios hipertensos e/ou diabéticos em início de tratamento ou em fase de ajustes de drogas/doses. Estima-se que um terço dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos encontrem-se nessas situações.

Conforme entrevista com os beneficiários, percebe-se que estes estão satisfeitos com o projeto. Observa-se certa resistência e desconfiança antes de receberem a primeira remessa. Depois, constatando a seriedade do programa, eles passam a confiar e apoiar o projeto, incrementando assim os resultados por ele já atingidos, conforme pode ser verificado no quadro 2.

Apesar do resultado positivo do projeto, que demonstra as melhorias e avanços nos programas de hipertensão e diabetes e na política pública de saúde do Rio de Janeiro,

Quadro 2. Resumo dos resultados atingidos pelo projeto Remédio em Casa até 10 de agosto de 2005

| | PACIENTES CADASTRADOS | | | |
|----------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|---------|
| | Menores de 40 anos | Entre 40 e 65 anos | Maiores de 65 anos | Totais |
| Mulheres | 11.334 | 115.915 | 77.311 | 204.560 |
| Homens | 4.296 | 44.806 | 31.590 | 80.692 |
| Totais | 15.630 | 160.721 | 108.901 | 285.252 |
| Pacientes atendidos | | | | 256.191 |
| Encomendas enviadas | | | | |
| No mês de agosto | | | | 16.143 |
| No ano de 2005 | | | | 266.088 |
| Desde o início do projeto | | | | 805.426 |

Fonte: Adaptado de dados da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2005.

há ainda algumas limitações e desafios que precisam ser superados. O Rio de Janeiro é uma cidade com mais de um milhão de moradores em favelas, invasões, loteamentos irregulares e áreas de risco. Nesse contexto, o principal desafio continua sendo promover a universalidade e equidade de acesso ao sistema por todos os seus usuários, independente do local onde residam. A estratégia de endereços alternativos para a entrega do medicamento vem servindo para superar esse desafio.

O *Remédio em Casa* foi desenvolvido para atender a população residente no Rio de Janeiro. Não há, porém, como controlar a inclusão de pacientes que vêm da Região Metropolitana. A criação da comissão metropolitana (que teve origem devido à crise no Rio) e a possível inclusão do *Remédio em Casa* nessa gestão compartilhada pretendem resolver esse problema.

Um outro desafio é o controle do uso do medicamento por parte do beneficiário após a entrega. O paciente recebe uma quantidade de medicamento que será consumida por 2 a 6 meses, e ao tomar posse dessa grande quantidade, muitos beneficiários podem estar distribuindo para seus parentes ou vizinhos. Foi relatado porém que não há como provar esse desvio se

não afetar diretamente o tratamento do paciente, mas que é feito um trabalho de conscientização para os beneficiários nos grupos educativos e no momento do cadastro.

Avaliação do projeto

A seguir realizou-se uma análise do projeto segundo seus fatores de inovação, impactos sobre a cidadania e sua possibilidade de replicação e sustentabilidade.

O principal fator inovador do projeto é a originalidade da idéia. O *Remédio em Casa* é uma iniciativa inédita desenvolvida pela SMS-RIO. É uma estratégia de dispensação farmacêutica que pode ser acoplada a qualquer programa de controle de doenças crônicas. Os fatores de inovação podem ser avaliados sobre os pontos de vista gerencial, médico e social.

Do ponto de vista gerencial, o projeto é inovador pelo impacto na gestão de programas de saúde. Com a implantação do projeto *Remédio em Casa*, as unidades de saúde passaram a fornecer um maior número de informações que permitem o controle e avaliação das políticas adotadas, além de embasarem as futuras tomadas de decisões. Todas as unidades de saúde tiveram que ser equipadas para atender as exigências de instalação do proje-

to. Assim, as unidades passaram a se comunicar com a central (SMS-RIO) por meio dos sistemas de computadores ligados em rede. A exigência por relatórios mais bem estruturados permitiu fornecer uma gama de informações antes desconhecidas.

Do ponto de vista médico, o projeto é inovador por permitir a adesão ao tratamento. O projeto *Remédio em Casa* é uma estratégia para garantir que o doente crônico continue tomando o seu remédio para controle de hipertensão e diabetes. A possibilidade de expansão do projeto para outros programas proporciona um maior controle e redução da morbimortalidade das principais doenças e uma maior oferta de consultas à demanda de novos casos. Do ponto de vista social, o projeto é inovador, pois promove a inclusão social e fortalece a cidadania.

Já o impacto mais importante sobre a cidadania é o da inclusão social. Independente do lugar onde mora (se é em área de risco ou não), da raça, do sexo e da condição financeira, todo cidadão tem o direito de receber o *Remédio em Casa*, desde que as prioridades de entrega respeitem o princípio da equidade estabelecido pelo SUS. Além disso, o cidadão é o principal responsável pelo sucesso do projeto *Remédio em Casa*. A partir do momento em que

há pessoas conscientes da importância de seu papel na prevenção e promoção da saúde, obtém-se êxito nas políticas públicas. O beneficiário sabe que para poder receber o remédio ele terá que atingir os prerrequisitos determinados pelo médico. Portanto, para ter os benefícios do *Remédio em Casa* o cidadão terá que saber administrar seu tratamento – tomar o remédio de forma correta, freqüentar os grupos educativos e consultas multidisciplinares.

Ademais, percebe-se que as iniciativas inovadoras do projeto, sob uma perspectiva social, permitem controlar os efeitos das políticas públicas na sociedade no longo prazo. Segundo os entrevistados, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) vem desenvolvendo um estudo científico para reconhecer o *Remédio em Casa* como uma estratégia de inserção social ao lado de estratégias como o PSF.

Já quanto à possibilidade de replicação e auto-sustentabilidade, o projeto que ora se apresenta preenche todas as condições. Não depende diretamente de verbas do Ministério da Saúde e nem de outros financiamentos externos. Mesmo no caso da União cessar o envio de remédios para o projeto, a sua continuidade é garantida. Esse é um grande bônus da descentralização, em decorrência da qual o poder local ganha liberdade e autonomia para gerir suas políticas públicas. Além disso, o *Remédio em Casa* sobrevive independente da crise no sistema de saúde que assola o Rio de Janeiro. O projeto não é afetado pela crise, pelo contrário, ele oferece um suporte gerencial que contribui para solucioná-la.

O projeto já foi divulgado em diversos congressos nacionais e visitado por vários gestores de saúde. Com os resultados avaliados, permitiu-se a reprodução desse mode-

lo para outras regiões, além do seu crescimento, concomitante com o PSF, vir contribuindo para qualificar a atenção básica e reduzir a pressão de demanda pelas especialidades de maior custo e complexidade.

Sua capacidade de replicação e adaptabilidade é plena. Podendo ser desenvolvido em qualquer município, independente de tamanho e complexidade, e no apoio de diversos tratamentos farmacológicos, tendo em vista a flexibilidade do projeto e a disponibilidade financeira do município. Já foi replicado em municípios de diversos estados: São Paulo, Minas Gerais, Paraíba, Distrito Federal e Paraná. Na maioria dos municípios foi utilizado o mesmo nome do projeto e implantado inicialmente também para os programas de hipertensão e diabetes.

O município do Rio de Janeiro encaminhou ao Ministério de Saúde, no dia 7 de outubro de 2004, um Projeto Piloto Metropolitano para Hipertensão e Diabetes. Esse projeto foi construído com base na experiência do *Remédio em Casa*, iniciativa pioneira do Rio de Janeiro. O eixo do projeto é a adoção de uma grade única de medicamentos para tratamento de hipertensos e diabéticos, tendo como piloto a região metropolitana do Rio com entrega domiciliar de remédios regulada pelo Ministério. Com a atual criação do Consórcio Metropolitano, a iniciativa supracitada ganhou força. Já circula entre a mídia a criação do programa *Remédio em Casa* Federal, que já aponta para a formação de três centros de distribuição – capital, Niterói e Nova Iguaçu.

Considerações Finais

A busca por estratégias que visem o apoio às políticas públicas na área da saúde é fundamental para uma mudança no contexto social brasileiro seja promovida. Inicia-

tivas pioneiras como a do Projeto *Remédio em Casa*, demonstram que ações inovadoras, planejadas e com foco definido produzem bons resultados imediatos e, a médio e longo prazo são capazes de gerar impactos positivos na gestão pública e na qualidade de vida da população. Além do fato do projeto ser uma estratégia inovadora e pioneira no país – tanto na sua concepção e flexibilidade quanto nos seus efeitos positivos sobre a saúde pública, a cidadania e a gestão pública –, fatores como a possibilidade de replicação e adaptabilidade plena – e já comprovada – do projeto e sua capacidade de auto-sustentabilidade representam as principais razões do sucesso da iniciativa.

Carências como a insipiente parceria com o Programa de Saúde da Família e com órgãos da sociedade civil, os eventuais atrasos oriundos da troca da empresa que realiza a entrega dos remédios e o fato de apresentar um mecanismo de gestão tradicional aparentemente pouco aberto e participativo também caracterizam o projeto, mas não invalidam de forma alguma a iniciativa. Cabe salientar ainda, que a descentralização/municipalização abre espaço para que projetos inovadores como o aqui analisado possam ser criados. Apesar da crítica de que a descentralização induz a atuação dos municípios por meio do recebimento de recursos do governo federal, percebe-se que alguns municípios – como o do Rio de Janeiro – conseguem desenvolver projetos inovadores mesmo não sendo dependente exclusivamente de recursos federais.

Diante da complexidade dos problemas referentes a saúde pública no município do Rio de Janeiro, como a recente crise, o Projeto *Remédio em Casa* representa uma grande oportunidade para desenvolver novas ações públicas, des-

centralizadas e flexíveis, capazes de gerar um embrião para a busca por

soluções compartilhadas entre as diferentes esferas do governo para

a crise que constantemente assola a saúde pública brasileira.

REFERÊNCIAS

- Arretche M. Relações federativas nas políticas sócias. *Educação & Sociedade* set 2002; 23(80):25-48.
- Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8(2):331-345.
- Barata LRB, Tanaka OU, Mendes DJV. Gerenciando a saúde na esfera pública. In: 3º Seminário Nacional de Saúde, Previdência e Assistência Social; 2003; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FGV; 2003. 23p.
- Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(3):401-412.
- Brasil. Constituição Federal. Título VIII, da ordem social. Seção II, da saúde. Artigo 196. Brasília; 1988. Disponível em: URL:<http://www.saude.gov.br>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Caderno de informação de saúde; 2005. Disponível em: URL:<http://tabnet.datasus.gov.br>. 2005ª.
- Brasil. Ministério da Saúde. Siops. A ampliação da EC 29: apresentação dos dados do Siops, 2000 a 2003. Brasília: Ministério de Saúde; 2005b.
- D'Ávila ALV, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso Brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(3):493-507.
- Gawryszewski V. Regionalização dos serviços de saúde: algumas considerações acerca da relação entre a descentralização, autonomia local e a participação do cidadão. *Cad Saúde Pública* 1993; 9:210-215.
- Gonh MG. Conselhos gestores e participação sociopolítica. 2ª.ed. São Paulo: Cortez; 2003. [Coleção questões da nossa época, 84]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: URL:<http://www.ibge.gov.br/>.
- Labra ME, Figueiredo JSA. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 3(7):537-547.
- Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001; 6(2):269-291.
- Marques RM, Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad Saúde Pública* 2002; 18(supl.):163-171.
- Programa Gestão Pública e Cidadania. Disponível em: URL:<http://inovando.fgvsp.br>.
- Rio de Janeiro(Cidade). Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Disponível em: URL:<http://www.rio.rj.gov.br>.
- São Paulo(cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Disponível em: URL:<http://portal.prefeitura.sp.gov.br>.
- Souza C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(3):431-442.
- Vergara SC. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2004.

Recebido em 18 de janeiro de 2006
Aprovado em 23 de fevereiro de 2006