

A IMPORTÂNCIA DA MODELAGEM DE GOVERNANÇA PARA O DESENVOLVIMENTO DA REDE ONCORIO.

Fatima Mendes Carvalho - UNIVERSIDADE ESTACIO DE SÁ
fatimac@inca.gov.br

Luciene Nascimento de Almeida - Universidade Estacio de Sá
cienenasascimento@ibest.com.br

Lamounier Erthal Villela - Universidade Estácio de Sá - EBAPE/FGV
lvillela@estacio.br

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar a governança da Rede ONCORIO coordenada pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA e integrante da Rede Câncer, que conta com a participação do Governo Federal, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de universidades, de serviços de saúde e centros de pesquisa, assim como de organizações não-governamentais e da sociedade civil. A integração desses diferentes parceiros promove o compartilhamento de conhecimento e recursos, com o objetivo de reduzir a incidência e a mortalidade por câncer na população e garantir a qualidade de vida aos pacientes e familiares. A metodologia foi centrada em um estudo de caso, que focou a relação entre os aspectos teóricos e a consolidação da rede. Foram abordados: o processo de institucionalização da Rede, à questão da contratualização, a legitimação pela força adquirida por atores isoladamente fracos, bem como as relações dialógicas entre os membros da rede.

Palavras-chave: Governança, Redes, ONCORIO.

1. Introdução

Nas últimas décadas, diversos setores vêm rumando à formação de alianças estratégicas e à estruturação em redes interorganizacionais, as quais privilegiam a relação de troca de experiências e a difusão de conhecimentos. Nesse contexto, a gestão de políticas e programas públicos para o combate e controle do câncer no Brasil vem sendo realizada por meio de redes interorganizacionais e interdependentes complexas, objetivando a solução de problemas na esfera estratégica, de interação social e de comunicação dos diversos atores envolvidos.

Desde a década de oitenta, e mais intensivamente a partir da década de noventa, aqueles que atuam na política pública de saúde, vêm buscando a implantação de um modelo assistencial capaz de oferecer a população garantia de acesso aos serviços de saúde com equidade, a chamada “saúde socializante”. Neste aspecto, a Constituição de 1988 é um marco em relação aos direitos sociais. Com a sua promulgação, a área de saúde começou a ser entendida e estruturada não apenas de forma a assegurar à sobrevivência humana, mas como direito natural do cidadão ao bem estar integral, conforme determinação da Organização Mundial de Saúde (OMS), implicando, isto, em um conjunto articulado de condições de vida biológica, psicológica, cultural, social e ambiental.

A Constituição estabelece que saúde seja direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação e que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Além do que, as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e se constituírem em um sistema único, organizado de maneira descentralizada, com direção única em cada esfera de governo. O atendimento deve ser integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, mas destacando-se em um novo modelo de gestão pública: a participação da comunidade.

Conceitualmente a Constituição funda um novo paradigma ao considerar a questão da saúde pública, coletiva e individualmente, como direito e questão de todos, sobre a qual os sujeitos tomam decisões, deixando de ser um negócio da doença para se transformar em garantia da vida. No entanto, quando se trata de câncer, penetra-se no terreno da assistência de alta complexidade e de alto custo, composto por procedimentos que exigem incorporação de altas tecnologias e que não são ofertados em todas as unidades da federação. Neste caso, a estruturação e organização de uma rede nacional, como também de redes regionais, assumem grande importância, à medida que garantem o acesso a serviços críticos a todo cidadão, independentemente de sua localidade.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer – INCA (2009), o controle do câncer consiste em uma abordagem multidisciplinar, em que a prevenção nos níveis primários, a promoção da saúde no nível secundário e a detecção do câncer em fase inicial, vinculada à vigilância epidemiológica, análise e produção de dados técnicos e científicos sobre o câncer, têm papel preponderante nas reduções dos índices de incidência e mortalidade pela doença.

Diante dessas considerações, como problema de pesquisa, este artigo se propõe a analisar a seguinte questão: Como se dá governança da Rede de Câncer do Rio de Janeiro, a Rede ONCORIO? O objetivo deste trabalho, portanto, consiste em analisar a governança da Rede ONCORIO sob a ótica de redes complexas e da gestão social. Para tanto, são observados no referencial teórico os seguintes aspectos: Tecnologia da Informação e Estruturas Organizacionais em Redes (Castells, 1999; Britto, 2002; Villela, 2007); Participação de Diversos Atores na Rede (Dowbor, 1999; Tenório, 2007 e Fischer, 1993).

Como suposição adota-se que uma estrutura tão complexa como a Rede ONCORIO somente é possível devido a trocas, complementaridades e relações de interdependências nos âmbitos das políticas públicas, conhecimento (pesquisa e ensino) e ações e serviços de saúde e mobilização social, que viabilizam a ligação de atores distintos, em distantes locais, a todo o sistema.

2. Referencial Teórico

2.1. Tecnologia da Informação e Estruturas Organizacionais em Redes

Castells (1999) destaca que a sociedade contemporânea globalizada teve sua base alterada pela revolução tecnológica, passando a centrar-se no uso e aplicação de informação e conhecimento. Esta revolução, sedimentada na tecnologia da informação, provocou alterações profundas nas relações sociais, nos sistemas políticos e no sistema de valores.

O ponto de partida desta revolução é a forma como as novas tecnologias penetram em todas as esferas da atividade humana, provocando a alteração dos modos de produção e relacionamentos tradicionais, a revisão do papel do Estado no processo de desenvolvimento econômico e a caracterização da sociedade informacional em sociedade em rede.

O surgimento de novas tecnologias de informação e comunicação tornou possível a estruturação de redes de empresas e instituições para formar a base da sociedade da informação.

Para Castells (1999), esta sociedade, estabelecida sobre o paradigma da tecnologia da informação, pode ser representada pelos seguintes aspectos centrais:

- A informação como matéria-prima;
- Penetrabilidade dos efeitos das novas tecnologias (diversos aspectos da vida moderna são moldados por novos meios tecnológicos);
- A tecnologia da informação permitindo a implementação da lógica das redes em qualquer sistema ou conjunto de relações, processos e organizações;
- Flexibilidade e maior facilidade na capacidade de reconfiguração das organizações, em função das constantes mudanças;
- Convergência de tecnologias para um sistema integrado, gerando interdependência crescente entre diferentes áreas de conhecimento.

A amplitude e complexidade das relações entre empresas e outros agentes tem sido estudada, cada vez mais, por meio da utilização do conceito de rede. Britto (2002) destaca que a importância assumida por este conceito é consequência da sua capacidade de expressar a sofisticação das relações interorganizacionais que caracteriza a dinâmica da sociedade atual.

Uma das principais características das redes é a criação e circulação de informações e conhecimentos, por meio de um processo de aprendizado coletivo que amplia a capacidade de ação e o potencial inovativo dos atores. A utilização do conceito de rede é importante na investigação de temas, como:

- Alianças estratégicas e programas de cooperação entre empresas;

- Processos de subcontratação e terceirização realizados por empresas especializadas em determinadas atividades;
- Sistemas flexíveis baseados em relações estáveis e cooperativas entre empresas atuantes em determinado segmento;
- Distritos industriais baseados na aglomeração espacial;
- Sistemas de inovação baseados na especialização e interação de diversos tipos de agentes envolvidos.

A consolidação dessas estruturas surge a partir de relações de cooperação, que podem assumir diferentes formas institucionais, resultante de um intercâmbio de informações e competências. Villela (2007) destaca que os motivos que levam as organizações a se estruturarem em redes podem ser complexos e ligados a contextos específicos. No entanto relaciona como mais frequentes os fatores ligados à complementaridade e compatibilidade; a possibilidades de integração e ganhos referentes ao conhecimento técnico; à formação de infra-estrutura; ao aumento do poder de barganha; à redução de custo operacional. Os objetivos são diversos e podem dizer respeito à criação de novos mercados, redução de custos e riscos em pesquisa e desenvolvimentos de novos produtos e serviços, processos e tecnologias, entre outros. Com esta estratégia, as organizações aumentam suas chances de superar externalidades, sejam elas técnicas, pecuniárias ou tecnológicas, tornando-se mais competitivas. Ao se dispor em rede, entretanto, as relações entre organizações e outros agentes assumem dimensões complexas, pois envolvem cooperação e competição, dentro de um determinado domínio.

2.2. Participação de Diversos Atores: Gestão Social, Poder Local e Governança

Para Dowbor (1999) o conceito de gestão social remete à transformação da sociedade, na qual a atividade econômica passa a ser o meio, enquanto o bem-estar social passa a ser o objetivo-fim do desenvolvimento. Para que isso ocorra é necessária a emergência de um novo paradigma organizacional, que requer a redefinição da relação entre as esferas do político, do econômico e do social. Para tal, propõe a articulação entre empresários, administradores públicos, políticos, organizações não-governamentais, sindicatos, pesquisadores, movimentos sociais, universidades, representantes comunitários, entre outros. Dowbor (1999) percebe que:

A urbanização permite articular o social, o político e o econômico em políticas integradas e coerentes, a partir de ações de escala local, viabilizando - mas não garantindo, e isto é importante para entender o embate político - a participação direta do cidadão, e a articulação dos parceiros. [...] O cruzamento entre a gestão social e a descentralização política oferece, portanto perspectivas particularmente interessantes. [...] Uma vantagem muito significativa das políticas locais é o fato de poderem integrar os diferentes setores, e articular os diversos atores. (DOWBOR, 1999, p. 11-12).

Tenório (2007, p. 105) aborda a questão da gestão social através da relação do desenvolvimento local com a cidadania, que consiste na ação coordenada entre a sociedade civil e o poder

público, “instituída por meio de um processo participativo e democrático, em prol do bem-estar social, econômico, político e cultural de um dado território”. Para Tenório (2007), desenvolvimento com cidadania é um processo cujos resultados são conseqüências da ação entre agentes sociais, econômicos e estatais. As ações locais de desenvolvimento não podem ser monopólio do poder público. Este deve atuar como articulador e facilitador de ações, que só serão eficazes quando representativas de um projeto de desenvolvimento apropriado pela sociedade. Desta forma, os processos de desenvolvimento local demandam dos atores envolvidos esforços articulados para conduzir projetos que surjam de interesses comuns. O desenvolvimento local precisa da participação nas esferas política, econômica e social (Dowbor, 1999, Fischer, 1993 e Tenório 2007), com propostas que promovam as potencialidades locais, possibilitando melhoria da qualidade de vida da população.

Fischer (1993) destaca que, embora o termo “local” se refira ao âmbito territorial, não se resume a isso, pois também abrange o sentido do espaço abstrato onde ocorrem interações de grupos sociais que ora se articulam, ora se opõem em função de interesses compartilhados.

Ao se falar em local, alude-se ao conjunto de redes sociais que se articulam e sobrepõem, com relações de cooperação e conflito, em torno de interesses, recursos e valores, em um espaço cujo entorno é definido pela configuração deste conjunto. (FISCHER, 1993, p.11).

Desta forma, a noção de “local” significa mais um conjunto de redes estruturadas em torno de objetivos ou interesses comuns, que propriamente, um espaço físico. Também diz respeito à relação de forças dentro dessas redes, por meio das quais se processam as alianças, os confrontos, as conciliações, o exercício do poder e a submissão, enfim as assimetrias entre os atores sociais, bem como à formação de identidade e práticas políticas específicas.

A identificação de redes sociais constitutivas da localidade leva a indagações sobre o espaço político local, sobre as pautas de convivência e cooperação, competição e conflito, sobre a memória política local e as formas de exercício de poder. Como objetivo de investigação, o local não é, portanto, apenas fisicamente localizado, mas socialmente construído. (FISCHER, 1993, p.11).

Em relação aos temas de investigação que envolve o conceito de local, Fisher (1993) observa que no Brasil, a partir da década de 90, com o processo de transição para a democracia, a questão urbana, o poder local e as suas manifestações passaram a ser analisados com base em novos argumentos. A evolução desses estudos aponta em três direções: a) a análise do local em termos de organização (qualificação de pessoal, novas formas de organização do trabalho, relações entre burocratas e poder local, etc.); b) investigação de como pode existir a instituição em relação ao poder local; e c) análise de questões relacionadas ao significado da legitimação do poder local e ao seu funcionamento democrático.

Esta última vertente é decorrente de uma evolução na forma de gestão que produz mudanças nas relações e articulações entre poder público e poder local, entre poder público e população, trazendo a presença de novos atores na gestão de políticas públicas. Para Coing (1990, apud Fisher, 1993) o que parece importante é conseguir compreender essa nova configuração que se delinea.

Na América Latina, o processo de (re) democratização, simultaneamente à globalização, concorreu para a proliferação de organizações sociais, fruto de uma nova consciência cidadã que demanda uma maior participação na gestão de políticas públicas (FLEURY, 2007). A globalização das economias, as alterações nos modos de produção e o novo papel do Estado nas suas relações com a sociedade, dão origem a novos modelos de gestão e estruturas descentralizadas, através de parcerias entre entes estatais e organizações empresariais e sociais.

A descentralização pode ser compreendida como uma forma de aproximar as esferas decisórias aos cidadãos, fomentando uma maior identidade de interesses entre usuários e administradores. Desta forma, implica redistribuição do poder e guarda uma relação próxima e positiva com a democracia, uma vez que instaurado o processo de descentralização, estaria garantida a gestão democrática do sistema, centrada na eficácia atribuída à gestão colegiada.

Levy (1993), ao abordar o tema descentralização, destaca como problemas referentes ao processo, a ambigüidade na transferência de alguns poderes e responsabilidades, que faz com que as fronteiras entre centros e unidades descentralizadas fiquem pouco definidas, gerando conflitos e a transferência de responsabilidades sem a necessária contrapartida. Neste aspecto, a informação e a comunicação são requisitos essenciais à descentralização.

Quando se visa o desenvolvimento local, os problemas socioeconômicos não podem mais ser resolvidos unicamente pela ação do Estado, mas pela participação de todos os interessados. As redes de políticas locais e regionais são, então, formas de estabelecer a coordenação do poder descentralizado e diversificado. Constituem-se em instrumento fundamental para a gerência de políticas sociais em contextos democráticos, permitindo a construção de formas germinais de organização solidária e coordenação social.

Segundo Fischer (1993), governança “é um conceito plural, que compreende não apenas a substância da gestão, mas a relação entre os agentes envolvidos, a construção de espaços de negociação e os vários papéis desempenhados pelos agentes do processo”.

A aproximação da governança com a democracia enfatiza a necessidade de gerenciar o setor público de modo participativo, combinando a ação estatal com um conjunto de relações interorganizacionais, que podem ser estabelecidas entre empresas, organizações não-governamentais, associações, etc.

Para Tenório, Villela et al (2008) os processos decisórios participativos, conforme ocorrem em

uma governança, no âmbito das esferas públicas, devem refletir os conceitos de cidadania deliberativa. De acordo com os autores,

Tomando-se como base a definição de cidadania deliberativa, em que a legitimidade das decisões políticas deve ter origem em processos de discussão, orientados pelos princípios da inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa, da autonomia e do bem comum, definiram-se as categorias e indicadores através dos quais se sugere uma forma de avaliação de processos decisórios deliberativos. A construção deste quadro de análise foi discutida exaustivamente através de reuniões realizadas entre os pesquisadores membros do núcleo de pesquisa e refletem um amadurecimento sobre aspectos que devem ser considerados e avaliados ao se observar processos participativos que intentem deliberação. A escolha do que se deve medir foi seguido de uma discussão que se buscou definir a que cada critério estava relacionado, resultando em um detalhamento (TENÓRIO; VILLELA et al, 2008).

É através da relação dialógica que os atores envolvidos em uma governança definem os objetivos comuns, discutem seus projetos e buscam o consenso em prol da solução de problemas, para o bem comum e para o suprimento das necessidades da coletividade. Desta forma, a gestão em redes deve ser participativa e dialógica, ao contrário da gestão estratégica, de cunho monológico e tecnoburocrático.

3. Metodologia

A metodologia empreendida é de caráter qualitativo. Trata-se de uma pesquisa descritiva e explicativa, pois analisa a Rede ONCORIO, no que tange a sua governança. Para a consecução deste objetivo utilizou-se como fonte para coleta de dados, primordialmente, a pesquisa documental, seguida da telematizada e da bibliográfica, no que concerne ao referencial teórico. Também foi de suma importância a observação participante, visto que um dos autores mantém vinculação profissional com o INCA e participou na implantação do projeto de expansão da rede – Projeto Expande.

A pesquisa foi orientada em quatro passos, segundo a visão de Gaudin, (2007). O primeiro passo aborda o processo de institucionalização da Rede ONCORIO, trazendo um retrospecto dos motivos que levaram a sua estruturação. O passo diz respeito à questão da contratualização, tratando do papel de cada ator e os compromissos assumidos na rede. O terceiro passo aborda a legitimação da rede, sendo analisados os aspectos da produção, da aprendizagem possibilitada pelas relações de parcerias e intensificada por meio da tecnologia da informação e da força adquirida por atores “isoladamente” fracos ao se engajarem a rede. O último passo trata das relações dialógicas entre os membros para o desenvolvimento da atenção oncológica no país. Toda a análise foi consubstanciada pelos conceitos teóricos tratados no referencial.

4. Análise dos Resultados

4.1. Processo de Institucionalização da Rede ONCORIO

A Constituição de 1988 foi um marco em relação aos direitos sociais, principalmente na área de saúde, que passou a ser estruturada conforme determinação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Para que isso se tornasse possível, criou-se o Sistema Único de Saúde - SUS, com competência, entre muitas de suas atribuições, de: executar as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico e colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A criação do SUS propiciou a expansão da função social que se tornou irreversível, expressa no crescimento do número de serviços públicos, no enorme volume de procedimentos ofertados e na cobertura populacional alcançada, mas seus avanços continuam constantemente esbarrando com a rigidez do modelo da administração pública direta (INCA 2007).

Pinho e Santana (2002) observam que a mudança qualitativa no enfoque da saúde não resultou apenas das mudanças a partir da Constituição de 1988, com a municipalização da saúde, mas também pela implementação de políticas inovadoras em sua forma de abordagem, que elegem o coletivo em vez do individual e a saúde em vez da doença. É na década de 90 que se configurou o processo germinal do conceito de rede como estratégia de gestão de saúde pública. Nesta mesma época, uma questão que passou a assumir grande relevância na pasta de saúde pública foi aumento observado da incidência do câncer.

Especificamente em relação ao câncer, em 1998, o Ministério da Saúde publicou a portaria 3.535, que regulamentava a criação de um Projeto de Expansão da Assistência Oncológica – chamado Projeto Expande, e atribuiu, nesta mesma Portaria, ao INCA, sua coordenação, como forma de garantir para a população brasileira, que não vive em capitais, uma assistência oncológica com qualidade e de forma integrada, através do planejamento e da implantação de centros de oncologia em hospitais gerais - os Centros de Alta Complexidade em Oncologia – CACON's, para garantir a oferta de serviços diagnósticos, cirúrgicos, quimioterápicos, radioterápicos e de cuidados paliativos em áreas geográficas antes sem cobertura para a população local.

O processo de institucionalização da rede como estratégia de gestão da atenção oncológica no país, teve início em setembro de 2003, com a proposta do INCA de construção de uma agenda comum para as ações de controle do câncer no Brasil. A partir daí, o INCA e o Ministério da Saúde promoveram oficinas para a elaboração e estruturação de um modelo de rede envolvendo profissionais e gestores da rede pública de saúde, além de representantes das principais entidades e instituições que atuavam na prevenção e no controle do câncer.

O resultado foi à criação da Rede Câncer - uma rede nacional de trabalho cooperativo para o controle do câncer com a participação do Governo Federal, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, universidades públicas e particulares, serviços de saúde, centros de pesquisa, organizações não-governamentais e sociedade em geral. A consolidação desses diferentes atores tem por meta reduzir a incidência e a mortalidade por câncer na população e garantir a qualidade de vida aos pacientes e familiares. Para isso, os principais objetivos são:

- Fortalecer o planejamento e a avaliação das ações de atenção oncológica, estimulando sua integração e a otimização dos recursos;
- Qualificar os diferentes parceiros para a gestão do problema do câncer no país;
- Promover a geração e o compartilhamento de conhecimento científico e o desenvolvimento tecnológico no campo da atenção oncológica;
- Fomentar a captação de recursos para o combate ao câncer.

O aspecto determinante para a criação da rede de câncer do Rio de Janeiro – a Rede ONCORIO, foi, em 2005, o Governo Federal ter decretado estado de calamidade pública no setor hospitalar do SUS do Rio de Janeiro, requisitando para o Ministério da Saúde a administração de seis hospitais públicos, visando restabelecer a normalidade no atendimento.

Embora o Município do Rio de Janeiro possuísse um número significativo de hospitais públicos, os quais deveriam compor uma rede, a atuação ocorria de maneira isolada e fragmentada, com atendimento precário e pouca articulação, inclusive entre os serviços de um mesmo hospital. Alguns dos motivos para esta situação relacionavam-se com as instalações das unidades e as condições de trabalho.

Nos hospitais sob intervenção do Ministério da Saúde foram diagnosticados problemas de infraestrutura como redução do número de leitos, paralisação da emergência, interdição do centro cirúrgico e falta de medicamentos, além da falta de alguns equipamentos médico-hospitalares essenciais ou sem condições de uso e necessidade de obras.

Diante deste cenário, por solicitação da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, o INCA traçou um plano para a organização da atenção oncológica do Rio de Janeiro, a partir da identificação de áreas prioritárias.

O plano para a organização da rede, que deu origem a Rede ONCORIO, foi baseado em um documento elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde e pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Esse documento relatava a existência de um cenário fragmentado de políticas e ações e a dificuldade de construção e coordenação de redes e fluxos. Outra particularidade ressaltada pelo estudo foi a existência de, por um lado, centros e institutos especializados e reconhecidos pela excelência e, de outro lado, problemas como a falta de acesso aos serviços básicos, demora na realização de exames diagnósticos e crescimento da demanda de serviços de emergência.

Com base nesse relatório, o INCA assinalou como prioridade a criação de um sistema de assistência oncológica estruturado em rede no Rio de Janeiro para a execução das diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica, que serviria de modelo para todo o Brasil.

Em dezembro de 2005 foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica, através da Portaria Nº. 2.439. Diferentemente da prática anterior, em que a atuação se concentrava na assistência em fases tardias da doença, a Política Nacional de Câncer, conceitua a doença no campo da saúde pública, tratando como prioritária a necessidade de diagnóstico precoce, detecção, prevenção, capacitação, pesquisa, gestão, informação e comunicação em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Para alcançar tais objetivos, a Política prevê a criação de Redes Regionais de Atenção Oncológica, interligadas a uma Rede Nacional - a Rede Câncer -, com o envolvimento de diferentes parceiros governamentais e não-governamentais por meio da articulação e da mobilização social. Nestas redes, as diferenças regionais em relação à incidência e mortalidade pelos diversos tipos de manifestação da doença devem ser observadas e respeitadas através da criação de Planos Estaduais de Controle do Câncer.

A Rede ONCORIO, quando criada, foi um projeto de qualificação das ações de prevenção e de controle do câncer na região metropolitana do Rio de Janeiro, a partir da promoção de melhorias na infraestrutura e aparelhamento das unidades de saúde, redistribuição da demanda, capacitação do atendimento, desenvolvimento de pesquisas e otimização do fluxo de informações. O objetivo foi estruturar um atendimento mais eficiente em relação aos mais diversos aspectos relacionados ao câncer, da prevenção ao tratamento, além de consolidar um modelo de descentralização e melhor distribuição da assistência.

A fim de restabelecer a normalidade no atendimento dos hospitais sob intervenção, o INCA propôs um projeto de integração de todas as unidades de saúde que atendiam pacientes com câncer nos municípios do Rio de Janeiro e Niterói, composta, então, por seis hospitais federais (da Lagoa, de Ipanema, Andaraí, Bonsucesso, Jacarepaguá e Servidores) e três universitários (UFRJ, UFF e Gaffré e Guinle, da UNIRIO). Para reverter o quadro de falta de acesso aos serviços básicos de saúde, demora na realização de exames e aumento na demanda dos serviços de emergência, o INCA viabilizou a compra e distribuição de equipamentos para assistência em câncer para todas as unidades integrantes da Rede ONCORIO, tendo por contrapartida a realização de procedimentos.

A região atendida pela Rede ONCORIO é compreendida pelos municípios do Rio de Janeiro (Metropolitana I) e Niterói (Metropolitana II). A rede atende à população local e aos habitantes dos municípios vizinhos, muitos dos quais trabalham ou estudam na capital. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, o Rio de Janeiro é a principal referência para atendimentos de alta complexidade no estado, sendo o pólo estadual para oncologia, entre outros.

A estratégia de enfrentamento do problema do câncer por meio da criação da Rede pressupõe que em cada nível de gestão do sistema, as parcerias necessárias para construção de um projeto articulado e integrado de ações, que venha a reduzir a mortalidade e a incidência de câncer, promovendo uma melhor qualidade de vida da população, sejam viabilizadas. Isto significa a atuação conjunta do Governo Federal, das Secretarias Estaduais, das Secretarias Municipais de Saúde, das Universidades Públicas e Particulares, dos Serviços de Saúde, dos Centros de Pesquisa, de Organizações não-governamentais e da sociedade em geral. A Rede ONCORIO conta com as seguintes unidades assistenciais:

Do Ministério da Saúde:

- ✓ Instituto Nacional de Câncer/INCA - Hospital de Câncer I;
- ✓ Instituto Nacional de Câncer/INCA - Hospital de Câncer II;
- ✓ Instituto Nacional de Câncer/INCA - Hospital de Câncer III;
- ✓ Instituto Nacional de Câncer/INCA - Hospital de Câncer IV;
- ✓ Instituto Nacional de Câncer/INCA – Centro de Medula Óssea – CEMO;
- ✓ Hospital dos Servidores do Estado;
- ✓ Hospital Geral do Andaraí;
- ✓ Hospital Geral de Bonsucesso;
- ✓ Hospital Geral de Jacarepaguá/Hospital Cardoso Fontes;
- ✓ Hospital Geral de Ipanema;
- ✓ Hospital Geral da Lagoa;
- ✓ Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ.

De Unidades Universitárias:

- Do Ministério da Educação:
 - ✓ Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ;
 - ✓ Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira/UFRJ;
 - ✓ Hospital Universitário Gaffrée/UNIRIO;
 - ✓ Hospital Universitário Antonio Pedro – UFF.
- Da Secretaria do Estado da Educação:
 - ✓ Hospital Universitário Pedro Ernesto - HUPE/UERJ.

De Unidades Estaduais:

- ✓ Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti/Hemorio;
- ✓ Fundação Pró-Instituto de Hematologia do Rio de Janeiro – FUNDARJ.

De Unidades Municipais:

- ✓ Hospital Municipal Orêncio de Freitas (Niterói).

De Unidades Filantrópicas:

- ✓ Hospital Mário Kroeff.

4.2. Contratualização

A formalização de parcerias para a realização de serviços, ações e atividades, os compromissos assumidos por cada um na rede e as metas pactuadas são o somatório dos critérios estabelecidos desde a portaria 3.535/1988 e pela Portaria N°. 2.439/2005 e definidas, no momento por novo cadastramento pela Portaria nº 62, de 11 de março de 2009.

As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON's, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CACON's e os Hospitais Gerais cadastrados na Rede ONCORIO (Quadro 1) devem possuir condições técnicas, instalações, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico e tratamento dos cânceres mais prevalentes. A rede é organizada para atender a metodologia proposta pelo INCA, através do Projeto Expande que adota os seguintes parâmetros técnico-assistencial:

- Um CACON com radioterapia é capaz de oferecer cobertura assistencial para 715.000 habitantes.
- Para cada 715.000 habitantes estima-se a ocorrência de 1.000 casos novos de câncer por ano, os quais podem ter, em média, 700 pacientes de quimioterapia (70%) ou 600 de radioterapia (60%), ou 560 de cirurgia (56%).

Quadro 1
 Unidades Assistenciais e Habilitações na Rede ONCORIO

Unidade Assistencial	Habilitação
Ministério da Saúde	
Instituto Nacional de Câncer – INCA	
Hospital de Câncer I	CACON com serviço de oncologia pediátrica
Hospital de Câncer II	UNACON
Hospital de Câncer III	UNACON com serviço de radioterapia
Hospital dos Servidores do Estado	UNACON com serviço de radioterapia, hematologia e oncologia pediátrica
Hospital Geral do Andaraí	UNACON
Hospital Geral de Bonsucesso	UNACON com serviço de hematologia
Hospital Geral de Jacarepaguá - Hospital Cardoso Fontes	UNACON
Hospital Geral de Ipanema	Hospital Geral com cirurgia oncológica
Hospital Geral da Lagoa	UNACON com serviço de cirurgia pediátrica
Ministério da Educação	
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ	CACON

Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira/ UFRJ	UNACON exclusiva de oncologia pediátrica
Hospital Universitário Gaffrée/ UNIRIO	UNACON
Hospital Universitário Antonio Pedro – UFF	UNACON com serviço de hematologia
Secretaria do Estado da Educação do Rio de Janeiro	
Hospital Universitário Pedro Ernesto - HUPE/UERJ	UNACON com serviço de radioterapia e hematologia
Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro	
Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti/Hemorio/ Fundação Pró-Instituto de Hematologia do Rio de Janeiro – FUNDARJ	UNACON exclusiva de hematologia
Secretaria Municipal de Saúde de Niterói	
Hospital Municipal Orêncio de Freitas	Hospital Geral com cirurgia oncológica
Entidade Filantrópica	
Hospital Mário Kroeff	UNACON com serviço de radioterapia

Fonte: Adaptado da Portaria nº 62, de 11 de março de 2009.

A Rede ONCORIO também se beneficia das ações da Fundação Ary Frauzino. Trata-se de uma instituição privada criada para apoiar atividades de combate ao câncer, atuando na captação de recursos por meio de convênios com outras empresas privadas e instituições de fomento à pesquisa. Exemplos que podem ser citados de parcerias firmadas entre a Fundação e organizações não-governamentais são: Instituto Avon (detecção precoce do câncer de mama) e Instituto Ronald McDonald (detecção precoce do câncer infanto-juvenil).

4.3. A Legitimação da Rede ONCORIO

Como coordenador da Rede ONCORIO e referência nacional no tratamento oncológico, o INCA promoveu a partir de 2006 a implantação do Projeto “Rede ONCORIO – Foco na Qualidade”. Este projeto tem como objetivos aperfeiçoar a oferta de atendimento a pacientes no âmbito do Município e da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, promovendo a melhoria da qualidade da assistência, com base nos conceitos da Rede de Atenção Oncológica.

Em levantamento efetuado nos Hospitais do Estado, da Lagoa, de Bonsucesso, de Ipanema, de Jacarepaguá, do Andaraí, Universitário Antônio Pedro (UERJ), Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ), Universitário Gaffrée e Guinle (UNIRIO), Instituto Fernandes Figueira (FIOCRUZ) e INCA, verifica-se que, em 66% dos procedimentos listados, a produção de janeiro a maio de 2009 já tinha ultrapassado 50%, em comparação à produção média anual. Desses 66%, aproximadamente 34% atingem ou superam 75%, sinalizando para a efetividade das ações e investimentos na rede.

Quadro 2
 Produção consolidada da Rede ONCORIO - 2006 a 2009

Produção Referente aos Cânceres mais Prevalentes	2006/2007/2008		2009 (Jan. a Maio)	Percentual de Procedimentos Realizados em 2009 em Relação à Média de 2006, 2007 e 2008
	Total	Média Anual		
Mastologia (câncer de mama)				
Consultas	96710	32237	24456	76%
Novos casos	6334	2111	1341	64%
Paaf	916	305	171	56%
Core Biopsia	3561	1187	794	67%
Linfonodo Sentinela	443	148	122	83%
Tumorectomia	1146	382	105	27%
Setorectomia	1938	646	370	57%
Mastectomia Simples	649	216	195	90%
Mastectomia com Linfadenectomia	1839	613	541	88%
Reconstrução	464	155	104	67%
Oncologia consulta	80926	26975	15528	58%
Oncologia tratamento quimioterápico	33502	11167	5590	50%
Hormonoterapia	133507	44502	24153	54%
Radioterapia	3578	1193	459	38%
Ginecologia (câncer de colo de útero)				
Consultas	89756	29919	15121	51%
Novos casos	3291	1097	709	65%
Conização	411	137	91	66%
Caf	1651	550	236	43%
Histerectomia	2431	810	224	28%
Werthem	373	124	81	65%
Oncologia consulta	21342	7114	5845	82%
Oncologia tratamento quimioterápico	6855	2285	1301	57%
Braquiterapia	1350	450	219	49%
Radioterapia	435	145	59	41%
Urologia (câncer de próstata)				
Consultas	65045	21682	11575	53%
Novos casos	1497	499	422	85%

Biópsias diagnosticadas	3358	1119	1011	90%
Rtu	1161	387	139	36%
Prostactetomia	1051	350	115	33%
Orquiectomia	471	157	74	47%
Mormonoterapia	5095	1698	561	33%
Oncologia consulta	13049	4350	2076	48%
Oncologia tratamento quimioterápico	3266	1089	252	23%
Braquiterapia	0	0	0	0%
Radioterapia	1125	375	112	30%

Fonte: Adaptado de Rede ONCORIO – Informações Gerenciais.

A análise do Quadro 1, no entanto, possibilita verificar que, pelo parâmetro de 715.000 habitantes para cada 1.000 casos novos e levando em consideração que a população da Região Metropolitana I e II do Rio de Janeiro é de 11.685.095 habitantes (IBGE, 2007), são necessárias 15 unidades UNACON ou CACON com radioterapia para que se tenha uma boa cobertura.

A Rede ONCORIO possui 17 unidades (13 UNACON's, 2 CACON's e 2 Hospitais Gerais com cirurgia oncológica), o que aparentemente lhe confere uma boa cobertura, porém apenas 4 unidades possuem serviço de radioterapia, o que representa 27% de boa cobertura, ficando 73% com uma cobertura apenas aceitável.

Observa-se, na rede, a predominância de um modelo assistencial com distribuição geograficamente inadequada dos serviços oncológicos, concentrados na região metropolitana (economicamente mais ativa), em detrimento do restante do estado, em que, quanto mais para o interior, mais esparsa é a oferta de serviços. A deficiente cobertura no interior do estado concorre para a polarização da Rede ONCORIO, para onde são atraídas demandas de todo o estado e até mesmo de estados vizinhos. Considerando que a população do Estado do Rio de Janeiro é de 15.420.375 habitantes (IBGE, 2007), seriam necessários, então, 22 UNACON's ou CACON's com radioterapia para uma boa cobertura em todo o estado.

Embora seja possível dizer que a validade política, ou seja, a integralidade de ações, a integração de serviços e a articulação pactuada de todos os envolvidos começaram a ser construídas a partir de 2005/2006, a Rede ONCORIO ainda precisa de validade estratégica (atendimento da área pouco coberta) e de validade social, a ser obtida pela máxima cobertura possível. Trata-se de um processo complexo, com limites financeiros e de infraestrutura, que depende não só da viabilidade de contrapartidas e projetos de implantação escalonada de complexidade da estrutura médico-hospitalar compatível com recursos disponíveis, como também de recursos humanos habilitados nas unidades hospitalares.

4.4. Aprendizagem na Rede

A Rede Câncer, na qual a Rede ONCORIO integra-se como modelo, passou, a partir de 2008, a disponibilizar um portal como ferramenta essencial para a promoção da saúde, funcionando de forma estratégica para a interação e troca de informações entre as instituições, comunidades e indivíduos, abrangendo quatro campos de atuação: políticas públicas, mobilização social, conhecimento (pesquisa e ensino) e ações e serviços de Saúde.

Através do portal, os membros da rede e a sociedade em geral têm acesso a informações sobre a doença, programas já implementados e em andamento e metas e diretrizes para a disseminação e fomento de ações eficazes de controle à doença. Os fluxos de informações entre o governo e a sociedade, no planejamento e execução das ações públicas, passam a ser instrumento de intervenção e ter incidência política, com capacidade de alterar resultados. Tanto o cidadão, quanto à corporação médica usufruem as práticas informacionais sistematizadas pelo Estado, como forma de promover a democratização da informação e a participação social, sendo os atuais veículos tecnológicos de comunicação e interação, como a Internet, imprescindíveis à lógica de redes, baseada em relações complexas e multilaterais.

A tecnologia da informação supera, assim, o entendimento da comunicação como um processo de transmissão passiva. Os atuais recursos tecnológicos funcionam como ferramenta de promoção da saúde a partir da articulação e estruturação da rede multidisciplinar, de interação e de troca de informações entre instituições governamentais e não-governamentais, entidades de apoio aos pacientes e familiares, associações, comunidades e sociedade em geral, fundamentais para a difusão de ações eficazes de controle do câncer em todo o País.

4.5. A Força dos Laços Fracos

A prevenção e o diagnóstico precoce são essenciais para a melhoria da qualidade de vida e o aumento das chances de cura do paciente de câncer. Assim, a atenção primária assume um importante papel de controle nas Unidades Básicas de Saúde, antes que a doença evolua para estágios onde não mais respondam aos cuidados terapêuticos.

Um programa com grande potencial para atuar na prevenção e diagnóstico precoce do câncer é o Saúde da Família. O Programa Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada por meio de equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de 3 a 4 mil e 500 pessoas ou cerca de mil famílias. A atuação ocorre principalmente nas Unidades Básicas de Saúde, nas residências e no âmbito da mobilização da comunidade, com as seguintes características:

- É a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde;
- Tem território definido, com uma população delimitada;
- Intervem sobre os fatores de risco aos qual a comunidade está exposta;

- Realiza atividades de educação e promoção da saúde;
- Estimula a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde;
- É intersetorial, pois pode atuar por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais.

Um exemplo de parceria envolvendo equipes do Programa Saúde da Família é a estabelecida com o Instituto Ronald McDonald e o INCA, no Programa Diagnóstico Precoce, que visa a diminuição do tempo entre o aparecimento de sintomas e o diagnóstico de câncer infanto-juvenil, otimizando a expectativa de cura.

O câncer já é a primeira causa de morte por doença na faixa de 5 a 18 anos, perdendo apenas para causas como violência e acidentes. Os sintomas são muito semelhantes aos de outras doenças da infância e não há confirmação de que existam fatores envolvidos no seu aparecimento para que sejam desenvolvidas estratégias preventivas. Portanto, a atuação mais efetiva é o diagnóstico precoce, seguido de tratamento adequado em um centro especializado e qualificado.

Com o Programa Diagnóstico Precoce, os profissionais do Programa Saúde da Família são capacitados para que estejam aptos a suspeitar e encaminhar adequadamente possíveis casos de câncer infanto-juvenil, para que o caso chegue a tempo hábil aos cuidados de um especialista. Na Fase Piloto, realizada em 2008, foram capacitados 2.606 profissionais responsáveis pela cobertura de cerca de 700 mil habitantes. Na segunda etapa, iniciada em abril de 2009, já foram identificados 18 casos de câncer por profissionais recém-capacitados. Desta forma, um nó, aparentemente fraco, adquire força ao se emaranhar na tessitura da rede.

4.6. Relações Dialógicas

As relações dialógicas entre os atores da Rede ONCORIO e da própria Rede Câncer ocorre por meio do Conselho Consultivo do INCA – o CONSINCA, que é formado por entidades de âmbito nacional, representativas de vários setores e que contribui, de forma decisiva, para elaboração de atos normativos relativos à estrutura e financiamento da atenção oncológica, pronunciando-se sobre:

- Política de controle do câncer;
- Desenvolvimento das ações de controle do câncer das entidades públicas e privadas que integram o SUS, elaborando recomendações;
- Avaliação de projetos de incentivo, e a supervisão e controle das ações de controle do câncer;
- Avaliação de estudos e pesquisas na área de controle do câncer;
- Critérios de aprimoramento que permitam uma melhor resolutividade, visando à incorporação de avanços científicos e tecnológicos.

O Conselho conta com a participação de entidades técnico-científicas, como:

- Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO;
- Colégio Brasileiro de Hematologia – CBH;
- Sociedade Brasileira de Radioterapia – SBRT;
- Sociedade Brasileira de Cancerologia;
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica;
- Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica;
- Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica;
- Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica.

Com a participação dos seguintes prestadores de serviços ao SUS:

- Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer – ABIFCC;
- Associação dos Hospitais Universitários e de Ensino – ABRAHUE;
- Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas.

Também integram o conselho os seguintes órgãos gestores do SUS:

- [Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS](#);
- [Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS](#);
- Ministério da Saúde;
- Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais /SAS/MS;
- Departamento de Avaliação, Regulação e Controle de Sistemas/SAS/MS;
- Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva – SE/MS;
- Departamento de Análise de Situações em Saúde/SVS/MS;
- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – MS;
- Instituto Nacional de Câncer.

O Conselho também possui representantes do Fórum Nacional de Portadores de Patologias e do Conselho Nacional de Saúde.

Este sistema de gestão participativa e compartilhada redefine os espaços de discussão de políticas, de decisão e de busca de consenso ao possibilitar que toda a sociedade possa contribuir para o desenvolvimento da atenção oncológica no Brasil, através do encaminhamento de demandas a uma das entidades representativas para que sejam submetidas ao Conselho.

5. Considerações Finais

A Rede ONCORIO conta com a participação de diversos atores, sendo liderada pelo INCA. Trata-se de uma liderança técnica e de expertise, pois sob sua coordenação, envolvendo necessariamente um conjunto de saberes, se tornou possível, de modo relativamente rápido, a agregação de diferentes instituições, viabilizando a adequação de hospitais de forma setorizada, ampliando seus respectivos graus de especialização e definindo claramente a inserção na rede e a definição dos papéis de cada ator.

O controle do câncer só pode ser feito com a atuação de diversos campos de conhecimento, mas é a terapêutica especializada, com o uso de tecnologia e medicamentos de alto custo, que mais demanda recursos do sistema de saúde. Para enfrentar este problema de saúde pública fazem-se necessários investimentos cada vez maiores, que não podem ser suportados unicamente pelo orçamento de uma instituição e foi para promover a melhoria de qualidade da assistência oncológica no Rio de Janeiro que foi criada a Rede ONCORIO, com o objetivo de reorganizar o sistema público de saúde, realizar treinamento de equipes, desenvolver pesquisas e melhoria do processo de informação e viabilizar uma melhor distribuição de demanda, antes concentrada no INCA.

É a modelagem de governança de modo participativo, combinando a ação estatal com um conjunto de relações interorganizacionais que compõem a Rede ONCORIO, que se faz pelas relações dialógicas estabelecidas entre os atores desta rede e do CONSINCA, estância onde são discutidas e resolvidas questões do plano de organização da atenção oncológica no estado do Rio de Janeiro, tais como gestão e financiamento, vigilância ocupacional e ambiental, promoção da saúde e prevenção e detecção precoce, que são as prioridades para um atendimento oncológico de qualidade à população.

Outro aspecto determinante no processo de efetivação e legitimação da Rede ONCORIO deve ser atribuído ao uso de tecnologia da informação e comunicação, que permite, pelo uso do portal, a articulação multidisciplinar, a interação e a troca de informações entre instituições governamentais, ONGs, entidades de apoio e sociedade em geral. O Portal também é alimentado com informações cujas análises possibilitam corrigir e melhorar a assistência, disseminando e democratizando o conhecimento, reduzindo os conflitos e a minimizando a sobreposição de ações.

6. Referências

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. v.3. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

_____. Estimativa 2006 – incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

_____. O câncer e seus fatores de risco. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

_____. Portaria nº 62, de 11 de março de 2009. Rede ONCORIO. Rede Câncer. O Portal da Atenção Oncológica. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/>>. Acesso em: 30 jun. 2009.

_____. Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 17 jul. 2009.

_____. Processos de Contas Anuais. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/>>. Acesso em: 15 jul. 2009.

_____. Rede Câncer. O Portal da Atenção Oncológica. Disponível em: <<http://www.redecancer.org.br>>. Acesso em: 17 jul. 2009.

_____. Rede ONCORIO. Rede Câncer. O Portal da Atenção Oncológica. Disponível em: <<http://www.redecancer.org.br/>>. Acesso em: 30 jun. 2009.

_____. Informações Gerenciais. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/oncorio/form_consulta_producao_es.asp/>. Acesso em: 30 jun. 2009.

_____. Expansão da Assistência Oncológica no Brasil - Projeto Expande Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 28 jul. 2009.

_____. Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Rede ONCORIO. Rede Câncer. O Portal da Atenção Oncológica. Disponível em: <<http://www.redecancer.org.br/>>. Acesso em: 30 jun. 2009.

_____. Resenha da luta contra o câncer no Brasil: documentário do Serviço Nacional de Câncer, 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Portaria nº 3.535/GM Em, 02 de setembro de 1998. Portal Saúde. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3535.html>>. Acesso em: 30 jun. 2009.

_____. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988: Seção II – Da Saúde. Portal de Serviços e Informações do Governo. Rede Governo. Disponível em: <<http://www.e.gov.br/>>. Acesso em: 17 jul. 2009.

_____. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da População 2007. Disponível em: <<http://www.e.gov.br/>>. Acesso em: 30 jun. 2009.

BRITTO, J. Cooperação interindustrial e redes de empresas In: Kupfer, D.; Hasenclever, L. (Org.), Economia Industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil. 1.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

CASTELLS, M. A sociedade em rede. V.I, São Paulo: Paz e Terra, 1999.

DOWBOR, Ladislau. Gestão social e transformação da sociedade. 1999. Disponível em: <http://dowbor.org/8_gestaosocial.asp>. Acesso em: 26 jul. 2009.

FISCHER, Tânia. Poder Local: Um tema em Análise. In: FISCHER, Tânia (org.). Poder Local: Governo e Cidadania. Rio de Janeiro: FGV, 1993. p. 10 a 19.

FLEURY, S. OUVENEY, A. M. Gestão de redes – a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

Instituto Ronald McDonald. Programa Diagnóstico Precoce. Disponível em: <<http://www.instituto-ronald.org.br/>> . Acesso em 25 jul. 2009.

LEVY, Evelyn. O Impacto da Democratização nas Organizações Públicas Locais. In: FISCHER, Tânia (org.). Poder Local: Governo e Cidadania. Rio de Janeiro: FGV, 1993. p. 89 a 93.

GAUDIN, Jean-Pierre. Gouverner par contrat. 2. ed. Paris: Lês Presses Pó., 2007

PINHO, José Antônio Gomes de, SANTANA, Mercejane Wanderley. O Governo Municipal no Brasil: Construindo uma Nova Agenda Política na Década de 90. In: FISCHER, Tânia (org.). Gestão do Desenvolvimento e Poderes Locais: marcos teóricos e avaliação. Salvador: Casa da Qualidade, 2002. p. 275 a 279.

TENÓRIO, F. G. Cidadania e Desenvolvimento Local. Rio grande do Sul: Unijuí, 2007.

TENÓRIO, F. G., VILLELA, Lamounier Erthal, et al. Critérios para a avaliação de processos decisórios participativos deliberativos na implementação de políticas públicas. In: REUNIÃO ANUAL ANPAD, 2008. Trabalhos apresentados. Bahia.: ENAMPAD, 2008. Disponível em:< <http://www.anpad.org.br>>. Acesso em: 10 ago 2009.

VILLELA, Lamounier Erthal. Estratégia de Cooperação e Competição de Organizações em Rede – Uma Estratégia Pós-Fordista? Adm. MADE (Universidade Estácio de Sá), v. 10, p. 39-68, 2007.